



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**DOĞUM SONRASI ALTI AYLIK DÖNEMDE
POSTPARTUM DEPRESYONUN EMZİRME
ÖZ YETERLİLİK, EMZİRME BAŞARISI VE
BESLENME DURUMUNA ETKİSİ**

HATİCE BÖLÜKBAŞI

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

AĞUSTOS 2016



**DOĞUM SONRASI ALTI AYLIK DÖNEMDE POSTPARTUM
DEPRESYONUN EMZİRME ÖZ YETERLİLİK, EMZİRME BAŞARISI VE
BESLENME DURUMUNA ETKİSİ**

Hatice BÖLÜKBAŞI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

AĞUSTOS 2016

Hatice BÖLÜKBAŞI tarafından hazırlanan” Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyonun Emzirme Öz Yeterlilik, Emzirme Başarısı ve Beslenme Durumuna Etkisi” Adlı Tez Çalışması Aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Nevin ŞANLIER
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Başkan: Prof. Dr. Neslişah RAKICIOĞLU
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Doç. Dr. Saniye BİLİCİ
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 08/08/2016

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Hatice BÖLÜKBAŞI
08.08.2016

DOĞUM SONRASI ALTI AYLIK DÖNEMDE POSTPARTUM DEPRESYONUN
EMZİRME ÖZ YETERLİLİK, EMZİRME BAŞARISI VE BESLENME DURUMUNA
ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice BÖLÜKBAŞI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2016

ÖZET

Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyonunun emzirme öz yeterlilik, emzirme başarısı ve beslenme durumuna etkisinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışma, postpartum 2 hafta-6 ay arasında olan araştırmaya katılmayı kabul eden 228 emzikli kadın (yaş ortalaması 27,96±5,25 yıl) ile yürütülmüştür. Araştırma verileri araştırmacı tarafından uygulanan, genel bilgiler, gebelik ve emziklilik dönemine ait bilgiler, beslenme bilgi soruları, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, LATCH Emzirme Tanılama Aracı, Emzirme Öz yeterlilik Ölçeği ve besin tüketim kaydını içeren anket ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Annelerin %19,3'ü depresyon riski taşımakta olup EDDÖ'den aldıkları ortalama puan 16,2±3,19'dur. Ayrıca beslenme bilgi sorularından aldıkları ortalama puan 18,3 ±2,54'dur. Depresif belirti gösteren annelerin beslenme bilgilerinin (ortalama puan 17,2±2,81) depresyon belirtisi göstermeyen (ortalama puan 18,3±3,00) kadınlardan düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Kadınların yalnızca %43,0'ı tam olarak başarılı emzirme eylemi göstermekte ve emzirme öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları ortalama puan 60,2±6,23 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla annelerin emzirme öz yeterlilikleri yüksek bulunmuştur. Bireylerin günlük diyetle aldıkları ortalama enerji, karbonhidrat, protein, yağ değerleri sırasıyla 2068,9±522,58 kkal, 253,0±83,32 g, 66,0±19,47 g, 85,7±24,58 g'dır. Annelerin %76,3'ü folik asiti, % 60,5'i kalsiyumu ve %94,0'ü demiri yetersiz tüketmektedir. Kadınların depresyon görülebilir durumuna göre günlük diyetle aldıkları B₁₂ vitamininde farklılık tespit edilmiştir. Depresyon riski olmayan anneler ortalama olarak daha fazla B₁₂ vitamini tüketmektedir (p=0,032). EDDÖ'den alınan puanının 1 puan artması ortalama olarak emzirme öz yeterliliğinde 0,315, emzirme başarısında (LATCH) 0,062; beslenme bilgi düzeyinde 0,133 puan düşüşe sebep olmaktadır. Depresyon görülme durumu açısından riskli olan annelerin emzirme özyeterliliği ve emzirme başarıları daha düşüktür (p=0,001, p=0,017). Annelere psikolojik destek, beslenme ile başarılı ve etkili emzirme konularında kendilerinin de aktif olarak katılacağı eğitimlerin düzenlenmesi ve katılımlarının sağlanmasında fayda vardır.

Bilim Kodu : 1007

Anahtar Kelimeler : Beslenme, depresyon, emzirme, öz yeterlilik

Sayfa Adedi : 137

Danışman : Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

THE EFFECT OF POSTPARTUM DEPRESSION ON BREASTFEEDING SELF-SUFFICIENCY, BREASTFEEDING SUCCESS AND NUTRITIONAL STATUS IN POSTPARTUM SIX MONTHS

(M. Sc. Thesis)

Hatice BÖLÜKBAŞI

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

August 2016

ABSTRACT

This study, which aimed to determine the effect of postpartum depression on breastfeeding self-efficacy, breastfeeding success and nutritional status were carried out 228 lactating women (mean age $27,96 \pm 5,25$ years) postpartum 2 weeks to 6 months who agreed to participate in the study. The data was obtained by the researcher face-to-face interviews and questionnaires containing general information, information on pregnancy and lactation period, nutrition knowledge questions, Edinburgh Postnatal Depression Scale, LATCH Breast Diagnostic Tool, Breastfeeding Self-Sufficiency Scale and food consumption record. In this study; 19,3% of the mothers is at risk of being depressed and the average score is $16,2 \pm 3,19$. The average score taken by mother from nutrition question information is $18,3 \pm 2,54$. Mothers who indicate depressive symptoms (mean score $17,2 \pm 2,81$) was determined to have inadequate nutrition information than other mothers (mean score $18,3 \pm 3,00$) ($p < 0,05$). Only 43,0% of women shows exactly successful breastfeeding action and the average score of breastfeeding self-efficacy scale taken from the mothers is $60,2 \pm 6,23$, so mothers of breastfeeding self-efficacy is high. The average daily dietary energy, carbohydrate, protein and fat values received by individuals are respectively $2068,9 \pm 522,58$ kcal, $253,0 \pm 83,32$ g, $66,0 \pm 19,47$ g, $85,7 \pm 24,58$ g. Additionally 76,3% of folic acid, 60,5% calcium and 94,0% of iron is consumed insufficiently by mothers. Vitamin B₁₂ received daily in the diet were significantly different in mothers with and without depression mothers. Depression is no risk mothers consume more vitamin B₁₂ on average, according to the mothers at risk ($p = 0,032$). Only 1 scores increase in EDDÖ score is caused to fall 0,315 points on breastfeeding self-sufficiency, 0,062 points on breastfeeding success and 0,133 points on the level of nutrition information. Mothers at risk for depression have lower breast feeding success and self-sufficiency ($p = 0,001$, $p = 0,017$). Education about the nutrition, successful and effective breastfeeding and psychological support should be organized and active participation of mothers must be provided.

Science Code : 1007

Key Words : Breast-feeding, depression, self-sufficiency, nutrition.

Page Number : 137

Advisor : Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren, hiçbir zaman emeğini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Nevin ŞANLIER'e

Tez konumun planlanıp yazımına kadar her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Her zaman manevi desteklerini hissettiğim ve sağladıkları çalışma ortamıyla hep yanımda olan Dr. Sacit Yazıcı ASM'i çalışanlarına,

Yaşamım boyunca bugünlere gelmem de en büyük payları olan canım aileme; sevgili annem Nuran URFALI, sevgili babam Kadir URFALI ve sevgili kardeşim Mehmet URFALI'ya,

Pozitif enerjileri ile hep yanımda olduklarını hissettiğim ikinci ailem olan BÖLÜKBAŞI ailesine,

Tüm zorlukları benimle göğüsleyen, neşesiyle hayatımı dolduran ve varlığını hep yanımda hissettiğim sevgili eşim Ahmet Burak BÖLÜKBAŞI'NA

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Postpartum Dönem.....	3
2.2. Postpartum Dönemde Duygudurum Bozuklukları.....	4
2.2.1. Annelik hüznü	4
2.2.2. Postpartum depresyon	5
2.2.3. Postpartum psikoz	8
2.3. Anne Sütü.....	8
2.3.1. Kolostrum.....	9
2.3.2. Olgun süt	10
2.4. Meme Dokusunun Yapısı.....	12
2.5. Laktasyon	13
2.5.1. Laktasyonun evreleri	13
2.5.2. Laktasyonun kontrolü.....	14
2.6. Emzirme	16
2.6.1. Başarılı emzirmenin kriterleri.....	16
2.6.2. Başarılı emzirme tekniği.....	18
2.6.3. Emzirmeyi etkileyen faktörler.....	19

	Sayfa
2.7. Emzirmenin Yararları.....	20
2.7.1. Emzirmenin bebeğe sağladığı yararlar	20
2.7.2. Emzirmenin anneye sağladığı yararlar	21
2.8. Emzirme Özyeterliliği Kuramı.....	21
2.9. Postpartum Depresyon ve Beslenme.....	23
3. MATERYAL VE METOT	29
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	29
3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması	29
3.2.1. Kişisel bilgi formu.....	30
3.2.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)	30
3.2.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	31
3.2.4. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı	31
3.2.5. Beslenme bilgi soruları.....	32
3.2.6. Annelerin beslenme durumunun değerlendirilmesi.....	32
3.2.7. Antropometrik ölçümler	32
3.3. Verilerin Analizi.....	33
3.4. Araştırmayı Yaparken Karşılaşılan Güçlükler	34
4. BULGULAR	35
4.1. Aileye Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	35
4.2. Annelerin Gebelik ve Doğuma Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	36
4.3. Annelerin Emzirlilik Dönemine Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	37
4.4. Bebeğe Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi	39
4.5. Bebeklerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	40
4.6. Bebeklerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	41
4.7. Annelerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	41

Sayfa

4.8. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Annelerin Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi.....	43
4.9. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Aile, Gebelik, Doğum ve Emzirme Dönemine Ait Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	43
4.10. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Bebeğe Ait Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi	47
4.11. Annelerin Bebek Beslenmesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi	48
4.12. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Puanlamasına Göre Annelerin Beslenme Bilgilerinin Değerlendirilmesi	49
4.13. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı'na Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi.....	50
4.14. Annelerin Beslenme Bilgi Durumlarına Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi	51
4.15. Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterliliği, Emzirme Başarısı ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi...	51
4.16. Annelerin Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterliliği, Emzirme Başarısı ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi	53
4.18. Bebeğin Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi	55
4.19. Annelere uygulanan ölçek ve araçların değerlendirilmesi	56
4.20. Annelerin BKİ Sınıflandırmalarına Göre EDDÖ, LATCH, Öz yeterlilik ve Beslenme Bilgi Puanları Arasındaki Korelasyonların Değerlendirilmesi	60
4.21. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Emzirme Öz Yeterlilik, Beslenme Bilgi Puanı ve LATCH Emzirme Başarı Puanına Olan Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Modelleri İle Gösterimi	61
4.22. Annelerin Antropometrik Ölçümlerine Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi	62
4.23. Annelerin Günlük Diyetle Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Değerlendirilmesi	63
4.24. Annelerin EDDÖ Puanlarına Göre Günlük Diyetle Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Değerlendirilmesi	66
4.25. Bireylerin Besin Gruplarına Göre Tüketim Miktarlarının Değerlendirilmesi ..	67

5. TARTIŞMA	69
5.1. Aileye Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	69
5.2. Annelerin Gebelik ve Doğuma Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	69
5.3. Annelerin Emzicilik Dönemine Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	70
5.4. Bebeğe Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi	71
5.5. Bebeklerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	72
5.6. Annelerin Gebelik Öncesi Vücut Ağırlıkları ve Gebelik Dönemindeki Ağırlık Kazanımlarının Değerlendirilmesi	74
5.7. Annelerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	74
5.8. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne Göre Annelerin Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi.....	75
5.8.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre annelerin bazı demografik özelliklerinin değerlendirilmesi.....	75
5.8.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre gebelik dönemi ve doğuma ait bazı özelliklerin değerlendirilmesi	77
5.8.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre emzirme dönemine ait bazı özelliklerin değerlendirilmesi.....	77
5.9. Annelerin Bebek Beslenmesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi	78
5.10. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı'na Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi.....	79
5.11. Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi	81
5.12. Postpartum Depresyonun Emzirme Öz Yeterlilik ve Emzirme Başarısına Etkisinin Değerlendirilmesi	83
5.13. Annelerin Günlük Diyetle Aldıkları Enerji ve Besin Öğeleri ve Besin Gruplarının Değerlendirilmesi.....	84
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	87
KAYNAKLAR	93
EKLER.....	113

	Sayfa
Ek-1 Güç (Power) analizi	114
Ek-2. Etik Kurul Onayı	115
Ek- 3. Yazılı Onam Formu	118
Ek- 4. Anket Formu.....	119
Ek-5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	122
Ek-6. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	123
Ek 7. Emzirme Tanılama Aracı LATCH	124
Ek-8. Beslenme Bilgi Soruları	125
Ek- 9. Besin Tüketim Kayıt Formu	126
Ek- 10. Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ Puanları	127
Ek-11. Annelerin Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ puanları	130
Ek-12. Annelerin Emzirme Dönemine Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ puanları	133
ÖZGEÇMİŞ.....	136

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Annelik hüznünün belirtileri	4
Çizelge 2.2. Postpartum depresyonun semptom profili.....	6
Çizelge 2.3. Miadında ve preterm doğum yapmış annelerin kolostrum, geçiş sütü ve olgun sütlerindeki total amino asit içerikleri	10
Çizelge 2.4. Kolostrum, anne sütündeki immünoglobülin miktarları	11
Çizelge 2.5. Miadında ve prematüre doğum yapan annelerin sütleri ve kolostrumun içerikleri	12
Çizelge 2.6. Başarılı emzirme ile ilgili on öneri.....	17
Çizelge 2.7. Emzirme öz yeterliliğinin ana etmenleri	22
Çizelge 2.8. Öz-yeterlilik kaynaklarını geliştirici girişimler.....	23
Çizelge 3.1. BKİ sınıflaması.....	33
Çizelge 4.1. Aileye ait tanımlayıcı bilgiler	35
Çizelge 4.2. Gebelik ve doğuma ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı	36
Çizelge 4.3. Annelerin emzirme durumuyla ilgili özelliklerinin dağılımı	37
Çizelge 4.4. Annelerin emzicilik döneminde anne sütü artırıcı ürün/besin kullanım durumlarının dağılımı	38
Çizelge 4.5. Bebeğe ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı	39
Çizelge 4.6. Bebeklerin beslenmelerine ait özelliklerinin dağılımı	40
Çizelge 4.7. Bebeklerin aylarına göre antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	41
Çizelge 4.8. Annelerin gebelik öncesi BKİ değerlerine göre dağılımı.....	41
Çizelge 4.9. Annelerin gebelik öncesi BKİ değerlerine göre ağırlık kazanımlarının dağılımı	42
Çizelge 4.10. Annelerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama, standart sapma , alt ve üst değerleri	42
Çizelge 4.11. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDDÖ) göre annelerde depresyon görülme durumlarının dağılımı ve ortalama puanları.....	43

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.12. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre ailenin bazı demografik özellikler ve annenin doğuma ait özelliklerinin dağılımı	44
Çizelge 4.13. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre annelerin gebelik döneminde besin desteği kullanma durumlarının dağılımı.....	45
Çizelge 4.14. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre emzirmeyle ilgili özelliklerin dağılımı.....	46
Çizelge 4.15. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre bebeğin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.....	47
Çizelge 4.16. Annelerin bebek beslenmesine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar ve beslenme bilgi puanlarının ortalama, standart sapma, ortanca, alt ve üst değerleri	48
Çizelge 4.17. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre annelerin beslenme bilgi düzeylerinin dağılımı	49
Çizelge 4.18. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı'ndan aldıkları puanların dağılımı, ortalama, standart sapma, ortanca, alt ve üst değerleri.....	50
Çizelge 4.19. Annelerin beslenmeye ilişkin bilgi puanlarına göre LATCH Emzirme Tanılama Aracının puan dağılımı	51
Çizelge 4.20. Ailenin bazı demografik özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH Emzirme Tanılama Aracı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden (EDDÖ) aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri	52
Çizelge 4.21. Annelerin gebelik dönemi ve doğuma ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH Emzirme Tanılama Aracı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden (EDDÖ) aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri	53
Çizelge 4.22. Annelerin emzirme dönemine ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH ve EDDÖ'den aldıkları aritmetik puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri	54
Çizelge 4.23. Bebeğin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik, LATCH ve EDDÖ'den aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri	56
Çizelge 4.24. Annelere uygulanan ölçek ve araçların aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, alt, üst değerleri	56

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.25. Annelerde depresyon görülme durumuna göre Emzirme Öz yeterliliği, Emzirme Başarısı ve beslenme bilgi düzeylerinin ortalama puanları ve anlamlılık değerleri.....	57
Çizelge 4.26. Annelerin emzirme başarısına göre emzirme öz yeterliliği, EDDÖ ve beslenme bilgi düzeyi ortalama puanları ve anlamlılık değerleri	58
Çizelge 4.27. Annelerin BKİ sınıflandırmalarına göre EDDÖ, LATCH, Özyeterlilik ve beslenme bilgi puanları arasındaki korelasyonlar	60
Çizelge 4.28. EDDÖ'nin emzirme öz yeterlilik, beslenme bilgi puanı ve LATCH emzirme başarı puanına olan etkisinin basit doğrusal regresyon modelleri ile gösterimi	61
Çizelge 4.29. Annelerin antropometrik ölçümleri göre LATCH Emzirme Başarısı Tanılama Aracından aldıkları puanların ortalama, standart sapma ve önemlilik değerleri	62
Çizelge 4.30. Annelerin günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri	63
Çizelge 4.31. Annelerin günlük diyetle aldıkları vitamin miktarlarının aritmetik ortalama, standart sapma, alt, üst değerleri	64
Çizelge 4.32. Annelerin günlük diyetle aldıkları mineral miktarlarının aritmetik ortalama, standart sapma, alt, üst değerleri	64
Çizelge 4.33. Annelerin besin ögesi alımlarının yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi.....	65
Çizelge 4.34. Annelerde depresyon risk durumuna göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri.....	66
Çizelge 4.35. Bireylerin besin gruplarına göre tüketim miktarlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri	67

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Memenin anatomik yapısı.....	13
Şekil 2.2. Prolaktin refleksi.....	15
Şekil 2.3. Oksitosin refleksi	15
Şekil 2.4. Süt Oluşum mekanizması	16
Şekil 2.5. Bebeğin memeye yerleştirilmesi.....	18
Şekil 4.1. Annelerin LATCH emzirme tanılama aracı puan ortalamaları	50
Şekil 4.2. Bireylerin depresyon görülme durumlarına göre emzirme başarıları.....	57
Şekil 4.3. Bireylerde depresyon görülme durumuna göre emzirme öz yeterlilikleri.....	58
Şekil 4.4. Bireylerde depresyon görülme durumuna göre beslenme bilgi düzeyi	58
Şekil 4.5. Bireylerin emzirme öz yeterliliğine göre emzirme başarıları	59
Şekil 4.6. Bireylerin beslenme bilgi düzeyine göre emzirme başarıları	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

\bar{X}	Aritmetik ortalama
%	Yüzde
μg	Mikrogram
Ca	Kalsiyum
cm	Santimetre
Fe	Demir
g	Gram
Hb	Hemoglobin
kkal	Kilokalori
m	Metre
m^2	Metrekare
Mg	Magnezyum
mg	Miligram
p	Anlamlılık değeri
r	Korelasyon katsayısı
Se	Selenyum
SS	Standart sapma
χ^2	Ki kare
Zn	Çinko

Kısaltmalar

Açıklama

BDNF	Beyin Kaynaklı Nörotrofik Madde
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemleri
BİA	Biyoelektrik İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi

Kısaltmalar**Açıklama****BMH**

Bazal Metabolizma Hızı

ÇDYA

Çoklu doymamış Yağ Asiti

DHA

Dokosaheksaenoik Asit

DRI

Diyetle Referans Alım Düzeyi

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

DYA

Doymuş Yağ Asiti

EDDÖ

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EPA

Eikosapentaenoik Asit

HDL-K

Yüksek Dansiteli Lipoprotein Kolesterol

HPA

Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks

ICD-10

Uluslararası Hastalık Sınıflaması

IL-10

İnterlökin-10

KW

Kruskal Wallis

LATCH

Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

LCSFA

Uzun Zincirli Doymamış Yağ Asiti

MCSFA

Orta Zincirli Doymamış Yağ Asiti

MW

Mann Whitney-U

NEC

Nekrotizan Enterokolit

PPD

Postpartum Depresyon

PRL

Prolaktin

SAH

S-Adenozil homosistein

SAM

S-Adenozil metiyonin

sIg A

Sekretuar Immünglobulin A

SPSS

İstatistik Paket Programı

TAC

Total Antioksidan Kapasitesi

Kısaltmalar**Açıklama****TBSA**

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TDYA

Tekli Doymamış Yağ Asiti

TGF- β

Transforming Growth Faktör Beta

TNSA

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



1. GİRİŞ

Doğum sonrası dönem duygusal, fiziksel ve sosyal deneyimlerle birlikte annelik rolü ve yeni sorumluluklar edinilen özel bir dönemdir [1]. Annelik vasfı bireylerin anne olmayı istedikleri zamandan başlamakta ve zamanla gelişim göstererek doğum sonrası dönemde de devam etmektedir [2]. Annelerin bebeğin gereksinimlerini karşılamaya yönelik annelik rollerini başarılı bir şekilde yerine getirebilmesi, bebekleri ile olan etkileşimleri ve bebek gelişimiyle ilgili bilgileriyle ilişkilendirilmektedir [3]. Doğum eyleminin sona ermesi ve laktasyonla birlikte başlayan doğum sonrası dönemde yeni doğum yapan kadının fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle uyumlu olması ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir [4, 5]. Ayrıca bu süreç olumlu anne-bebek ilişkisinin temelini atmak için en elverişli dönem olarak görülmekte olup annelerin kendilerini rahat ve güvende hissederek bebek bakımına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları hem anne hem de bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişimini olumlu yönde etkilemekte, çocuğun gelişimi ve bir birey haline gelmesinde önem kazanmaktadır [6, 7].

Gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler bazı anneler tarafından normal bir süreç içinde gelişirken bazıları normalden fazla korku duymakta ve hafif depresif belirtiler yaşamakta, önemli bir kısmında ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik bulgular gelişebilmektedir [8, 9]. İlk gebeliğini yaşayan kadınlarda, adölesan ile ileri yaş gebelerde ve konjenital anomalisi olan bir bebeğe sahip olan gebelerde anne olma durumuna karşı daha zor uyum göstermektedirler [10]. Daha önce düşük yapmış olmak, kusma, kanama, konstipasyon, iştah-tad değişiklikleri vb. yaşamak annenin yaşadığı stresi artırmaktadır. Ayrıca çevresindekiler tarafından gördüğü toplumsal baskı, çalışan annenin işsiz kalma korkusu, ekonomik yetersizlik de annenin olumsuz düşüncülerini artırmakta ve doğum sonrası adaptasyonu güçleştirmektedir [11].

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisine ve prognozlarına göre değişiklik göstermektedir. Postpartum Depresyon (PPD), psikiyatrik tanı sistemlerinden DSM-IV'te "Duygu Durum Bozuklukları" içinde; ICD-10'da ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" içinde yer almaktadır [12,

13]. Dünyadaki bütün kadınları ve ailelerini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte doğum sonrası dönemde anne-bebek ilişkisini uzun dönemde ise bebeğin kognitif, davranışsal, duygusal ve sosyal yönden gelişimini etkilemektedir [14]. Depresif belirtiler gösteren anneler bebeklerini emzirme konusunda daha çok kaygı yaşamaktadır [15]. Bebeğini hiç emzirmeyen annelerde emziren annelere göre postpartum depresyon gelişim riskinin 2,4 kat daha fazla olduğu bilinmektedir [16]. Annenin bebeğini emzirememesi depresyon için risk etmeni olabilirken, depresyon gelişimine bağlı olarak anne emzirmeyi sonlandırabilmektedir [17, 18]. Yapılan çalışmalarda ise annenin bebeğini emzirmesinin postpartum ilk üç aylık dönemde depresyon gelişimini engellediği belirtilmektedir [19-21].

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre annelerin sadece %49,9'unun doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiği tespit edilmiştir [22]. Yapılan bir çalışmada doğumdan sonra ilk bir hafta içinde emzirme dışında alternatif besleme yöntemlerini tercih eden annelerde başarılı emzirme üzerine negatif algı geliştiği ve emzirme öz yeterliliklerinin azaldığı tespit edilmiştir [23]. Annenin bebeğini emzirme yeteneği, bebeğini emzirmek isteyip istemeyeceği, emzirme konusunda göstereceği çaba, emzirme konusunda olumlu ve olumsuz düşünceleri, karşılaştığı zorluklara nasıl tepki vereceği "emzirme öz yeterliliği" olarak tanımlanmaktadır [24]. Başarılı bir emzirme; annenin bebeği memede tutuşu ve bebeğin memeye doğru bir şekilde yerleşmesi, emzirmenin uygun sürede ve sıklıkta olmasıyla sağlanmaktadır [25]. Başarılı emzirme eyleminin başlatılması ve sürdürülmesi için annenin emzirme öz yeterliliğinin yüksek olması önemlidir [26].

Bu nedenle bu çalışma postpartum dönemde olan annelerde emzirme öz yeterlilik düzeyi ve emzirme başarısı ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

Kadın; yaşamı boyunca çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemler yaşamakta ve bu dönemlerin her birinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden farklı tecrübeler edinmektedirler [27]. Gelişimsel bir deneyim dönemi olan gebelik dönemi kadın için sağlıklı nesil yetiştirmenin ilk adımudur. Bu deneyim daha sonra annelik dönemindeki başarılarını dolayısıyla da çocuğun sağlığını etkilemektedir [28].

2.1. Postpartum Dönem

Doğum sonu dönemde bireyler, bebek bakımını ve bebekle iletişim kurmayı öğrendikleri, yeni sorumluluklar üstlendikleri zor bir ebeveynlik sürecine geçmektedirler [29, 30]. Bu süreç daha sağlıklı anne-bebek ilişkisini oluşturmak için en elverişli dönem olarak görülmekte ve anne-bebek iletişimi, annenin sağlığı ve özgüveni ile çocuğun gelişimi ve bir birey haline gelmesi önem kazanmaktadır [7].

Postpartum dönem; doğum eylemi sona erdikten sonra başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda meydana gelen değişikliklerin gebelik öncesi duruma geri döndüğü ortalama 6-8 haftalık süreyi kapsamaktadır. Hem anne hem de aile bireylerinin uyum sürecini de kapsayan uzun bir dönem olması nedeniyle 4. trimester olarak da adlandırılır [31, 32].

Postpartum dönemde meydana gelen değişimlere uyum sağlamaya çalışan annede yaşamın diğer dönemlerine oranla duygusal sorunlarla daha fazla karşılaşmaktadır. Birçok kadın gebelik ve doğum nedeniyle karşılaştığı güçlüklerle kolayca uyum sağlarken, bir kısmında ise depresif belirtiler ve davranış değişiklikleri gözlenmektedir. Depresyon tablosu hafif depresif belirtilerden başlayıp, hastaneye yatışı gerektirecek düzeyde psikotik özellikli depresyona kadar değişebilmektedir [33, 34]. Bu nedenle doğum sonu dönem aile için kriz ortamının gelişmesine neden olabilmekte [29], ebeveynler bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle etkili iletişim sağlamak, yeni ebeveynlik rollerini öğrenmek, aile olma durumunu geliştirmek ve bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadırlar [8].

2.2. Postpartum Dönemde Duygudurum Bozuklukları

Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği, ilk kez 1858 yılında öne sürülmüştür [35].

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisine ve prognozlarına göre;

1. Annelik hüznü (baby blues, maternity blues, lohusalık hüznü, postpartum hüznü)
2. Postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon, “non-psikotik depresyon)
3. Postpartum psikoz (puerperal psikoz) olmak üzere başlıca üç grupta sınıflandırılmaktadır [12, 36].

2.2.1. Annelik hüznü

Yeni anne olmuş bireylerin önemli bir bölümünü etkileyen ve en sık görülen doğum sonrası komplikasyonlarından biridir. Annelik hüznünün prevalansı %15-%75 arasında değişmektedir [36-38]. Annelik hüznü genellikle doğum sonrası 3. ya da 4. günde ortaya çıkarken; semptomlar geçici olup, 1-2 günden 1-2 haftaya kadar sürebilmektedir [39]. Annelik hüznü hormonal değişikliklerle tetiklenen, uykusuzluk, beslenme yetersizliği ve yeni anne olmanın getirdiği tedirginlikle artan fizyolojik bir durum olarak değerlendirilmektedir. Başlıca semptomlar ağlama hali ve duygu durumunda meydana gelen ani değişimlerdir. Diğer semptomlar Çizelge 2.1’de belirtilmiştir [37].

Çizelge 2.1. Annelik hüznünün belirtileri [37]

Psikososyal belirtileri	Fizyolojik belirtileri
✓ Eşe karşı düşmanca tutumlar	✓ Uykusuzluk
✓ Bebeği ve kendi bakımı ile ilgili endişe	✓ Yorgunluk
✓ Anksiyete	✓ Enerji azlığı
✓ Üzgün olma, çaresizlik duygusu	✓ İştahsızlık
✓ İrritabilite	✓ Ağlama
✓ Hafıza bozuklukları	✓ Hafıza bozuklukları

2.2.2. Postpartum depresyon

Tanımı ve önemi

Depresyon doğum sonu ilk 1 yıl içinde başlamış ise “postpartum depresyon” olarak değerlendirilmektedir. Postpartum Depresyon (PPD), psikiyatrik tanı sistemlerinden DSM-IV’te “Duygu Durum Bozuklukları ” içinde; ICD-10’da ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları ” ana başlığı altında “Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” içinde yer almaktadır [12, 13]. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon kısa vadede anne ve bebek arasındaki bağı etkilerken uzun vadede ise bebeğin büyümesini, bilişsel ve davranışsal gelişimini etkilemektedir [40].

Postpartum depresyonun görülme sıklığı

Gelişmiş batı ülkelerinde kadınların %10-15’ini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur [41]. Türkiye’nin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda postpartum depresyon prevalansı Kırıkpinar ve ark.(2012)’ı tarafından %14, İnandı ve ark.(2002)’ı tarafından %27,2 , Durukan ve ark.(2011) tarafından ise %15 olarak tespit edilmiştir [42-44]. Yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı tanılama aracı, çalışmanın yöntemi, örneklem hacmi ve yerel farklılıklarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir [42-45].

Klinik bulgular

Postpartum depresyon (PPD) doğumdan iki hafta sonra sinsiçe başlamakta ve en belirgin olarak doğum sonrası 3-6. ayda görülmektedir [46]. PPD; huzursuzluk, depresif duygu hali, suçluluk, yorgunluk, anksiyete, uyku bozuklukları, ilgi kaybı, intihar fikirleri gibi belirtilerle seyretmektedir [47]. Diğer bulgular Çizelge 2.2’de yer almaktadır [48, 49].

Çizelge 2.2. Postpartum depresyonun semptom profili [48, 49]

✓ Depresif veya üzgün ruh hali	✓ Kendini değersiz hissetme	✓ Duygu durum bozuklukları
✓ Anhedoni (yaşamdan zevk alamama)	✓ Bebeği öldürme düşüncesi	✓ Çocuk bakımında güçlük
✓ Sinirlilik	✓ Konsantrasyon güçlüğü	✓ Suçluluk hissi
✓ İştahsızlık	✓ Ağlamak	✓ Özgüven yetersizliği
	✓ Boğulma hissi	

Risk faktörleri

Postpartum depresyon için pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Düşük gelir seviyesi, işsizlik, özgeçmişinde veya ailede duygu durum bozukluğu, aile içi ilişkilerde yaşanan sorunlar, sorunlu evlilik, düşük eğitim seviyesi, anne veya bebekte sağlık sorununun olması, istenmeyen gebelik, gebelikte aşırı ağırlık artışı, ölü doğum, doğumdan sonra bebek kaybı, gebelik boyunca sigara kullanımı, alkol ve ilaç bağımlılığı, bebek bakımında yaşanan sorunlar, bebeği emzirememe gibi etmenler önemli risk faktörleri olarak belirtilmektedir [50-54].

İlk doğumunu yapanlarda doğum sonrası depresyon riskinin daha fazla olduğu ve küçük anne yaşının PPD için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir [55, 56].

Postpartum depresyonun risk faktörleri arasında düşük benlik saygısı, beden imgesindeki değişiklikler de yer almaktadır [57]. Beck ve ark.(1996)'nın yaptığı bir meta-analiz çalışmasında ise prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü geçirmiş olmak gibi etmenlerin de postpartum gelişimiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir [58].

Postpartum depresyonun hormonal nedenleri

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik ve psikososyal faktörler ile birlikte hızlı gelişen fizyolojik değişikliklerin de etkili olabileceği düşünülmektedir [49].

Hamilelik dönemi boyunca, yüksek olan östrojen ve progesteron seviyelerinin ani düşüşünün, postpartum depresyon etiyojisinde önemli bir etken olarak görülmektedir [59]. Östrojen ve progesteron; serotonin-dopamin sistemini içeren nörotransmitter sistemi regüle etmekte özellikle östrojen serotonin reseptör ekspresyonunu ve aktivitesini düzenlemede etkili olmaktadır [14]. Östrojen hormonu Mono Amino Oksidaz (MAO) aktivitesini azaltarak etki göstermektedir. Bu durum doğum sonrası duygu durum değişikliklerine sebep olmaktadır [60]. Doğum sonrası dönemde kortizol düzeyindeki artışla psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği düşünülmektedir. PPD saptanan bireylerde HPA eksen aktivitesinde ani değişimler ve buna bağlı kortizol salınımında artış tespit edilmiştir [61]. Doğum sonrası bütün kadınlarda hormonal değişimler olmasına rağmen östrojen progesteron ve kortizol seviyeleri depresif belirtileri olan ve olmayan kadınlarda farklılık göstermektedir[62]. Yapılan bir çalışmada doğumda leptin seviyesi düşük olan kadınlarda postpartum dönemde depresyon geliştiği, bu durumun leptinin kortizol salınımı üzerine olan etkisinden kaynaklandığı belirtilmektedir [63].

Postpartum depresyon ve emzirme ilişkisi

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme ayrı bir öneme sahiptir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak annenin bebeğini emzirememesi veya emzirmeyi bırakmasının oluşturacağı çevresel baskılar ve annedeki suçluluk duygusu ile stres durumunu artıracaktır. Annenin bebeğini emzirememesi depresyon için risk etmeni olabilirken, depresyon gelişimine bağlı olarak anne emzirmeyi sonlandırabilmektedir [17, 18].

Depresif belirtiler gösteren anneler bebeklerini emzirme konusunda daha çok kaygı yaşamakta, sütlerinin besleyiciliği ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip olmaktadır [15, 64]. Yapılan bir çalışmada, doğum sonu depresyonu olan ve anne sütü kesilen 51 kadından, %83'ünde depresyonun anne sütünün kesilmesinden sonra başladığı, %17'sinde ise depresyona bağlı olarak anne sütünün kesildiği tespit edilmiştir [18]. Emzirmenin doğum sonrası dönemde sağlıklı bir şekilde yürütülmesi annenin stres yükünü azaltarak postpartum depresyon gelişimini önlediği bilinmektedir [65].

Merkezi sinir sistemi prolaktin inhibe edici faktör olan dopamini azaltarak veya çoğaltarak oksitosin salgısını kontrol etmektedir. Gebelikte ve lohusalıkta emzirmeye karşı olumlu

tutum sergilemek ve bebekle etkili iletişim süt salınımını olumlu olarak etkilemektedir. Annenin çocuğunu görebilmesi, dokunabilmesi, düşünmesi, anneyi fiziksel ve psikolojik olarak emzirmeye hazırlamakta ve sütün akmasını sağlamaktadır [66]. Gebelik döneminden itibaren annelerin izlenmesi, erken dönemde postpartum depresyon gelişiminin tespit edilmesi ve başarılı emzirmenin devamlılığının sağlanması açısından yararlı olmaktadır [67].

2.2.3. Postpartum psikoz

Postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların en şiddetlilerindedir. Doğum sonrası dönemde % 0,1–0,2 oranında görülebilmektedir. Doğumdan sonraki 3–14. günlerde görülmekle birlikte %80’inde belirtiler ilk bir ay içinde ortaya çıkmaktadır [36, 68]. Prodromal semptomlar, insomnia, yorgunluk, bitkinlik, irritabilite, baş ağrısı ve ani duygu durum değişimleridir. Uykusuzluk en ağır semptomdur. Daha geç ortaya çıkan semptomlar; şüphecilik, konfüzyon, inkoherans, absürdite, irrasyonel düşünce, besin reddi, ayrıntılarla aşırı uğraştır [69]. Postpartum psikozda annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön planda olup, bebeğine zarar verme düşünceleri gelişebilmektedir [68].

2.3. Anne Sütü

Anne sütü, zamanında doğan, fetal depoları anneden yeterli oranda alan her yeni doğan bebeğin normal gelişmesine yetecek besin öğelerini uygun miktar ve kalitede içeren, ilk altı ay tek başına yeterli olan, yeni doğan ve süt çocukları için en uygun, doğal ve tek fizyolojik bebek besinidir [70]. Bebeğin doğumdan sonra yarım saat içerisinde emzirmeye başlanması, ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra ayına uygun ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin devam etmesi ve emzirmenin iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesi önerilmektedir [71].

Anne sütü gelişmekte olan bebekler için karbonhidrat, proteinlerin ve yağ içeriği açısından optimal dengeyi sağlamaktadır [72]. Term anne sütü yaklaşık 0,9-1,2 g/dL protein, 3,2-3,6g/dL yağ ve 6,7-7,8g/dL laktoz içermektedir [73]. Protein içeriğinin %60’ını sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksek ve bebeği enfeksiyonlara karşı koruyan whey proteinleri oluşturmaktadır. Anne sütü enerjisinin %50’sini sağlayan lipitler küçük çaplı yağ

globülleri halinde bulunmaktadır. Laktoz, anne sütü karbonhidratlarının en önemli bileşenidir. Makronütrient içeriği maternal vücut ağırlığı, emzirme sıklığı ve annenin protein alımından etkilenmektedir [73].

Anne sütü TGF- β , interleukin (IL)-10, laktoferrin ve eritropoietin, epidermal büyüme faktörü, fagositler ve sekretuar immünglobulin A (sIgA) içermektedir. Anne sütündeki koruyucu ögeler yenidoğanın immatür bağışıklık sistemi için koruma sağlamanın yanı sıra, yeni doğanın konak savunma sisteminin gelişimini hızlandırmakta ve emzirme sonlandıktan sonraki süreçte de mukozal korumanın devamlılığını sağlamaktadır [74].

Sütün bileşimi; verildiği döneme, emzirmenin başında ya da sonuna doğru alınmış olmasına, gün içinde alınmış olduğu zamana, annenin beslenme durumuna, yaşına, bebeğin zamanında doğan, prematüre ve doğum ağırlığının eksik olma durumuna göre değişim göstermektedir [75]. Anne sütü salgılandığı döneme ve bileşimine göre; kolostrum, geçiş sütü ve olgun süt olarak adlandırılmaktadır.

2.3.1. Kolostrum

Doğumdan sonra ilk 4-5 günde salgılanan, rengi beta karotene bağlı olarak sarımsı ve koyu kıvamlı süte kolostrum (ağız sütü) olarak adlandırılmakta ve ilk günler yaklaşık olarak 40-50 mL kolostrum oluşmaktadır [76]. Maternal kan ile fizyolojik benzerlik göstermekte böylece intraüterin yaşama alışmış yeni doğana avantaj sağlamak ve doğumdan sonra kaybedilen vücut ağırlığının yeniden kazanılmasına katkıda bulunmaktadır [70]. İnfant 3.günde 300-400 mL/gün, 5. günde ise 500-800 mL /gün anne sütü emmektedir [76].

Geçiş sütü

Kolostrumdan sonra salgılanmaya başlayan ve doğum sonrası 7-14. günlerde devam eden süttür. Yapı olarak kolostrum ve olgun süt arasındadır [76].

2.3.2. Olgun süt

Doğum sonrası 2 haftadan sonra üretilen süttür. Anne sütü postnatal 4-6. haftada tamamen olgun süt özelliğini kazanır. Bu süre içinde süt yapan meme bezlerinin fizyolojik ve metabolik olgunlaşması sonucu bazı içeriklerinde değişme olmaktadır.

Ön süt/Son süt: Emzirmenin başlangıcında karbonhidrattan zengin, emzirmenin sonunda ise yağdan zengin bir süt üretilmektedir. Ön süt mavimsi renkte iken son süt daha sarımsı bir renktedir. Ön süt bebeğin su ihtiyacını karşılamakta ve yüksek miktarda protein, laktoz ve E vitamini içermektedir. Son süt ise daha fazla miktarda yağ içermektedir. Bu yağ anne sütü ile alınan enerjinin büyük bölümünü karşılamakta ve bebeğe doygunluk hissi vermektedir [70, 77, 78]. Miadında ve preterm doğum yapmış annelerin kolostrum, geçiş sütü ve olgun sütlerindeki total amino asit içerikleri Çizelge 2.3’de sunulmuştur [79].

Çizelge 2.3. Miadında ve preterm doğum yapmış annelerin kolostrum, geçiş sütü ve olgun sütlerindeki total amino asit içerikleri ($\mu\text{mol/L}$) [79]

Miadında doğum yapmış anne			Preterm doğum yapmış anne		
total amino asit ($\mu\text{mol/L}$)			total amino asit ($\mu\text{mol/L}$)		
Kolostrum	Geçiş sütü	Olgun süt	Kolostrum	Geçiş sütü	Olgun süt
3831	3065	3492	16722	4196	3500

Kolostrumun, Geçiş Sütü ve Olgun Sütün Özellikleri

- ✓ Kolostrum olgun süte oranla daha fazla protein içermekte olup başlıca arginin ve triptofandan zengindir. Miadında ve preterm doğum yapmış annelerin kolostrumundaki total amino asit miktarı , geçiş sütü ve olgun sütlerindeki total amino asit miktarından daha fazladır [79].
- ✓ Kolostrumun yağ ve laktoz içeriği olgun süte oranla daha azdır. Geçiş sütü ve olgun süte göre daha az miktarda MCSFA ve daha fazla miktarda LCPUFA içermektedir [80].
- ✓ Kolostrumun araşidonik asit ve DHA içeriği yüksektir [78].
- ✓ Kolostrum; sodyum, potasyum, magnezyum ve çinkodan zengindir [71].

- ✓ Olgun süt ve geçiş sütüne göre kolostrum daha fazla laktoferrin içerir. Demir bağlayan glikoprotein olan laktoferrin kolostrumda ortalama 7g/L bulunurken, olgun sütte 1g/L bulunmaktadır [81]. İçeriğindeki laktoferrin yenidoğanlarda enterik enfeksiyon gelişimi için koruyucu rol oynamaktadır [82].
- ✓ Kolostrum; selenyum, A,C ve E vitaminlerinden zengindir [83]
- ✓ Kolostrum, geçiş sütü ve olgun sütte oranla daha fazla total antioksidan kapasitesiye (TAC) sahiptir [84].
- ✓ Kolostrum; bağışıklık, büyüme ve doku onarımı faktörleri, antimikrobiyal peptidler, antikorlar, akyuvarlar, makrofajlar, T ve B lenfositler gibi antienfektif etmenlerden zengindir. İnsülin benzeri büyüme faktörü(1-2), transforme edici büyüme faktörünü (alfa ve beta) içeren tek doğal kaynaktır. Bu büyüme faktörleri kas ve kıkırdak onarımı ve yara iyileşmesinde önemli olmaktadır [85].
- ✓ Kolostrum, bağırsak olgunlaşması üzerine olumlu etki gösteren Epidermal büyüme faktörü içermektedir [86].
- ✓ Kolostrum; lizozom, lökosit, laktoalbumin gibi immün faktörler; laktoperoksidaz, ksantin oksidaz enzimlerini içermektedir [83].
- ✓ Kolostrum olgun süte göre daha fazla miktarda immünoglobülin içermektedir. Kolostrum ve olgun sütteki immünoglobülin miktarları Çizelge 2.4.'de gösterilmektedir. Kolostrumun bakteri adhezyonunu inhibe yeteneği; yenidoğan enfeksiyonlarına karşı sekretuar antikorların koruyucu rolünü güçlendirmektedir. Kolostrumdaki immünoglobülinler *E.Coli* kaynakları enfeksiyon gelişimini inhibe etmektedir [87].

Çizelge 2.4. Kolostrum, anne sütündeki immünoglobülin miktarları [88]

Ig	Konsantrasyon (g/L)		Total Ig %	
	Kolostrum	Olgun süt	Kolostrum	Olgun süt
Ig G	0,43	0,04	2,0	3,0
Ig A	17,35	1,00	90,0	87,0
Ig M	1,59	0,10	8,0	10,0

- ✓ Ghrelin hormonu geçiş ve olgun sütte kıyasla kolostrumda daha düşük miktarda bulunmaktadır [89].

Anne sütü içeriği bebeğin yaşına ve fizyolojik özelliklerine göre değişmekle birlikte; sadece sağlıklı bebekler için değil prematürel ve hasta yeni doğanlar dâhil tüm bebekler için ideal bir besindir [32, 90]. Çizelge 2.5'te miadında ve prematüre doğum yapan annelerin sütleri ve kolostrumun içerikleri verilmiştir [70].

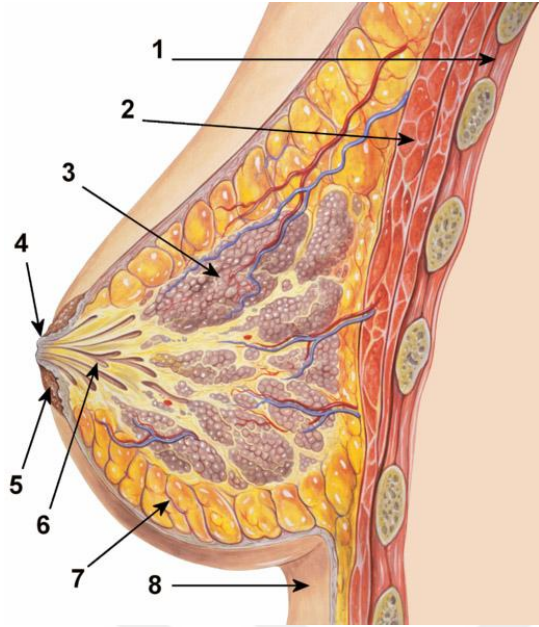
Çizelge 2.5. Miadında ve prematüre doğum yapan annelerin sütleri ve kolostrumun içerikleri (100 mL) [70]

	Miadında doğum	Kolostrum	Prematüre
Enerji (kkal)	69	56	71
Protein (g)	1,1	2,2	1,8
Yağ (g)	4,1	2,6	4,2
Laktoz (g)	7,2	6,6	5,6
Sodyum (mmol)	0,65	2,04	1,08
Kalsiyum(mmol)	0,85	0,70	1,45
Fosfor (mmol)	0,48	0,45	0,48
Demir (mmol)	1,25	1,25	1,72
Çinko (mmol)	4,59	9,17	6,93

2.4. Meme Dokusunun Yapısı

Meme göğüs ön duvarında gelişmiş bir ter bezidir. Fetal hayatın 5-6. haftalarından menapoza kadar devam eden anatomik ve fizyolojik değişimlere maruz kalan bir organdır [91]. Anterior torasik duvarın en ön kesiminde yer alır.

Meme dokusu hem erkek hem de kadınlarda bulunmakta iken meme bezleri sadece postpartum dönemde kadınlarda fonksiyonel olmakta ve süt salgılamaktadır. Memenin apeksindeki meme başlarını çevreleyen pigmentli alana “areola” denmektedir [92]. Areolada düz kaslar, bağ dokusu ve montgomery tüberkülleri bulunur. Bu tüberküller salgıladıkları koku sayesinde bebeğin memeyi bulmasına yardımcı olmaktadır [70]. Şekil 2.1'de memenin anatomik yapısı gösterilmiştir [93].



1. Göğüs duvarı
2. Pektoral kas
3. Lobüller
4. Meme başı
5. Areola
6. Laktiferöz kanal
7. Yağ dokusu
8. Cilt

Şekil 2.1. Memenin anatomik yapısı [93]

2.5. Laktasyon

Laktasyon annenin meme dokusunda değişikliklerle birlikte sütün salgılandığı dönemdir. Bu dönemde bebeğin büyüme-gelişiminin ve anne bebek arasında etkileşimin kurulması sağlanır.

2.5.1. Laktasyonun evreleri

Laktasyon 3 aşamadan oluşmaktadır.

1. Mamogenez: Meme boyutu ve ağırlığındaki artışla birlikte meme dokusunun büyümesidir.
2. Laktogenez: Süt salgılanmasının başladığı evredir.
3. Galaktopoez: Doğum sonrası 9. günden involusyona kadar geçen süredir. Süt salgısı ve otokrin sistem kontrolü devam etmektedir.
4. İnvolyon: Son emzirmeden yaklaşık 40 gün sonra inhibe edici peptidlerin birikmesine bağlı olarak süt salgısı azalır ve durur [94].

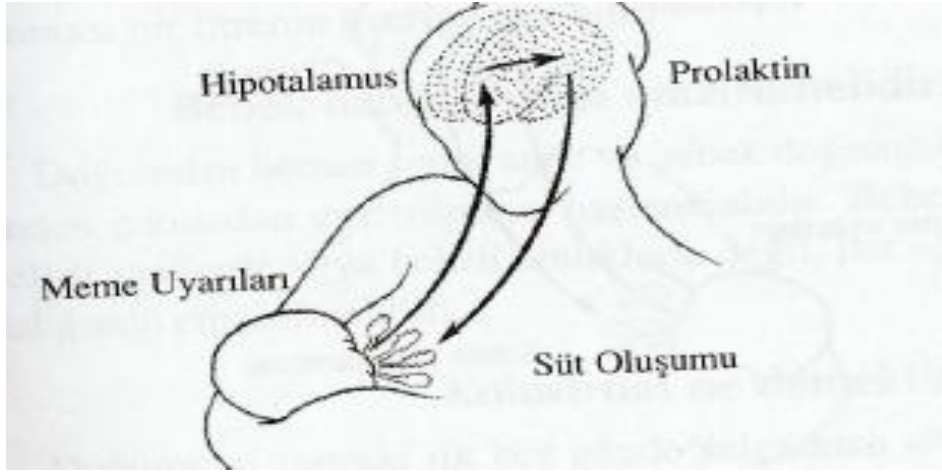
2.5.2. Laktasyonun kontrolü

Süt yapımının kontrolü endokrin ve otokrin sistemler aracılığıyla gerçekleşmektedir.

Endokrin Kontrol

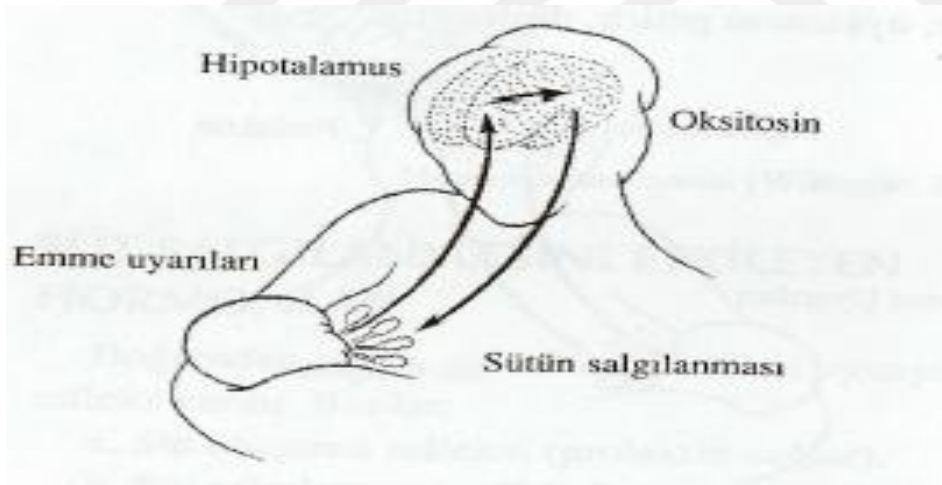
Laktasyonun kontrolünden östrojen, progesteron, prolaktin ve oksitosin hormonları sorumludur. Prolaktin epitelyal kök hücrelerinin çoğalma ve farklılaşmasını uyararak miyoepitelyal hücrelerin ve süt sentez eden alveolar epitel hücrelerinin oluşmasında görevlidir. Myoepitelyal hücreler, bağ dokusu ve kan damarlarının hipertrofisi ve yağ depolanmasına bağlı olarak meme büyümesini sağlarken, su ve elektrolitler de depolanmaktadır. Memelerin her birinde 400 gramlık ağırlık artış olmaktadır [66] Gebeliğin ikinci yarısından itibaren kolostrum sentezi başlamakta fakat progesteron hormonu süt salgılanmasını engellemektedir. Doğum sonrası dönemde plasentanın ayrılmasıyla, östrojen ve progesteron hormonlarının seviyesinin düşmesiyle progesteronun bu etkisi ortadan kalkmakta ve böylece laktasyon başlamaktadır [95].

Endokrin kontrolde süt yapımı ve salgısının devam etmesini sağlayan ve meme bezini uyaran hormonal sinyaller devreye girmektedir. Süt yapımı, meme bezi epitel hücrelerindeki prolaktin (PRL) reseptörlerinin aktivasyonu ile başlamaktadır. Ön hipofizden salgılanan PRL, memede glandüler duktal büyümeyi ve epitel hücresi çoğalmasını uyarır; süt protein sentezini indüklemektedir [94]. Prolaktin seviyeleri gebeliğin 8. haftasından itibaren artmaya başlayarak normal düzeyi olan 10-25 ng/mL'den daha yüksek konsantrasyonlara ve termde en üst düzeyi olan 200-400 ng/mL'ye ulaşmaktadır. Emzirme periyodu 16-24 saatten daha fazlaysa plazma prolaktin seviyesinde anlamlı düşüş meydana gelebilir ve bunu engellemek amacıyla annelere sık emzirme tavsiye edilmektedir [96].



Şekil 2.2. Prolaktin refleksi [97]

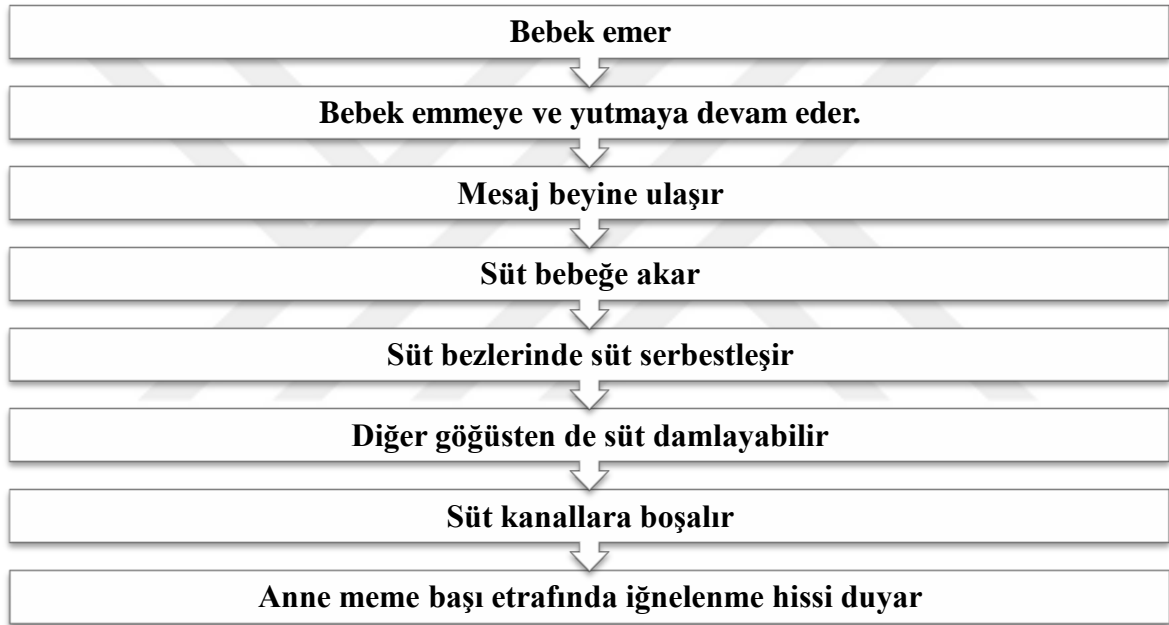
Arka hipofizden salgılanan oksitosin hormonu ise alveol çevresindeki miyoepitelyal hücrelerin kasılmasını ve alveol boşluğundaki sütün kanalcıklara ilerlemesini sağlamaktadır. Oksitosinin etkisiyle kanalcık boyunca ilerleyen süt, areola altında bulunan laktifer sinüslerde toplanır ve meme ucuna açılan kanallardan salgılanır [25].



Şekil 2.3. Oksitosin refleksi [97]

Sentezlenen süt, kanallar yolu ile meme başını çevreleyen kahverengi bölgenin altındaki süt havuzlarında birikir. Günlük süt üretimi 750-1000 mL arasında değişmektedir. Emilen sütün 1/3'ü bu havuzlardan gelmektedir. Sütün geriye kalan 2/3'ü ise beyinden gelen refleks sonucu bezlerdeki sütün serbestleşmesi ile salgılanmaktadır [98]. Yaklaşık 36 saat sonra, olgun sütün tüm bileşenlerinin sentezinde hızlı bir artış meydana gelmekte ve ortalama postpartum 5. günde bileşimini tamamlamaktadır. Doğum sonrasında 50mL/gün olarak başlayan süt hacmi on kat artışla 500-750 mL/gün'e çıkmaktadır [99].

Otokrin kontrol (isteğe bağlı üretim): Süt üretimi sadece laktojenik hormonlara bağlı olarak açıklanamamaktadır. Memelerdeki süt bebek tarafından boşaltıldıkça, memeden süt uzaklaştıkça süt üretimi artar ve bu durum otokrin kontrol olarak tanımlanmaktadır. Üçüncü günden sonra endokrin kontrolden otokrin kontrole geçiş görülür. Sütün memeden uzaklaşması süt sentezinin artması için temel faktördür. Süt memeden uzaklaşmazsa otokrin kontrol inhibe olmakta ve süt sekresyonu azalmaktadır [94, 100, 101]. Bebeğin emme istediği, memenin dolu veya boş oluşu, emzirme aralıklarının uzun olması, emzirme süresinin kısa oluşu, bebeğin inefektif emmesi, meme uçlarının içeri çökük olması gibi etkenlerin süt sentezini etkilediği bilinmektedir [102].



Şekil 2.4. Süt Oluşum mekanizması [25]

2.6. Emzirme

Emzirme; yaşamın ilk aylarında anne-bebek-aile içinde bir etkileşim aracı olurken bebeğin gelişimi ve anne sağlığını da olumlu etkilemektedir [103].

2.6.1. Başarılı emzirmenin kriterleri

Başarılı bir emzirme; annenin bebeği memede tutuşu ve bebeğin memeye doğru bir şekilde yerleşmesi, emzirmenin uygun sürede ve sıklıkta olmasıyla sağlanmaktadır [25]. Depresif belirti gösteren annelerin emzirme konusunda daha fazla endişe yaşadıkları bilinmektedir.

Anksiyete, stres ve duygusal durumlar oksitosin hormonunu inhibe etmekte ve yetersiz süt sekresyonuna sebep olmaktadır [104]. Bu stres durumu annenin psikolojik yönden de sıkıntılı bir süreç yaşamasına ve bilinçsizce tamamlayıcı besinlere başlamasına yol açmaktadır [105]. Annenin yorgunluk durumu, beslenmesi ve emzirme sıklığı süt salgılanmasını etkileyen diğer etmenlerdir [75].

Doğum kliniklerinde Dünya Sağlık rgt (DSÖ) ve UNICEF tarafından önerilen on adım uygulamasına dikkat edilmelidir [106].

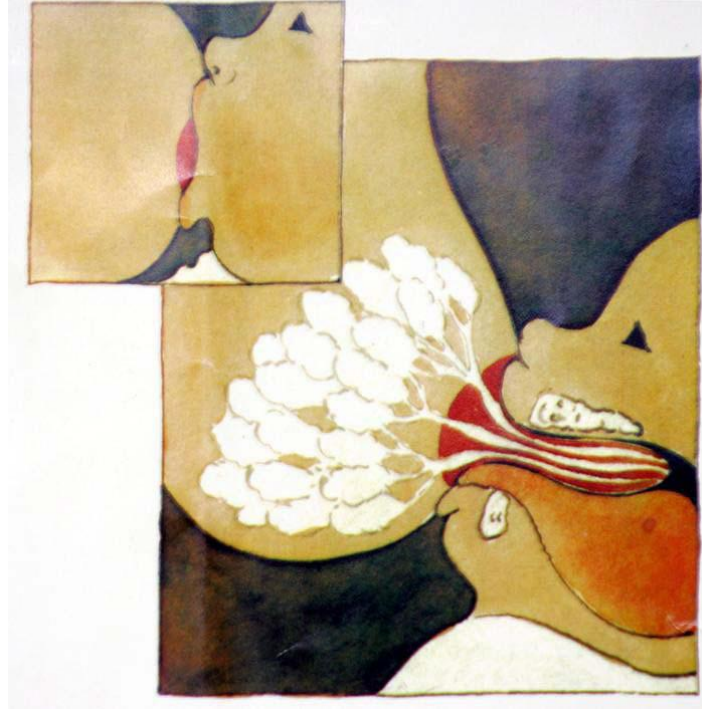
Çizelge 2.6. Başarılı emzirme ile ilgili on neri [106]

-
1. Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlamalı ve bunu düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunmalıdır.
 2. Tüm sağlık personelinin bu politika doğrultusunda eğitimi sağlanmalıdır.
 3. Hamile kadınlar, emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgilendirmelidir.
 4. Doğumu izleyen yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardımcı olunmalıdır.
 5. Annelere, emzirmenin nasıl olacağını ve bebeklerinden aynı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebilecekleri gösterilmelidir
 6. Tıbben gerekli görülmedikçe, yeni doğanlara anne sütünden başka bir yiyecek ya da içecek verilmemelidir.
 7. Anne ile bebeğin 24 saat bir arada kalmalarını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
 8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.
 9. Emzirilen bebeklere yalancı meme veya emzik türünden herhangi bir Şey verilmemelidir.
 10. Emzirmeyi destekleyen grupların oluşumu sağlanmalı ve taburcu olan annelerin bu gruplara katılmımaya teşvik edilmelidir.
-

2.6.2. Başarılı emzirme tekniği

Uzun süre başarılı emzirmenin sağlanması için doğum sonrasındaki bir saat içinde bebeğin çıplak bir şekilde annenin çıplak göğsüne konarak anne ile bebek arasında ilk temasın gerçekleşmesi sağlanmalıdır [105].

1. Bebeğin dudak birleşigi uyarılır. Parmak veya meme başı bebeğin dudaklarına temas ettirilir.
2. Bebek ağızını açarak meme başını ağızının içine alması ve areolayı dudaklarıyla çevrelemesi sağlanır.
3. Anne parmaklarıyla meme başını destekler, bebeğin ağızında tutmasına yardımcı olur, memeyi bebeğe doğru sıvazlar.
4. Bebek emerken anne de eli ile onun başına arkadan destek verir. Bebek ağızında meme yüzü annesine dönük eliyle memeye temas eder.
5. Bebek bedeninin anneye yakın halde durması sağlanır. Bedeni ile de temas halinde olması bebeğe güven verir.
6. Emzirme eylemi hem anne hem de bebek için keyif veren bir olay olmalıdır. Doyan bebek memeyi bırakacaktır [105].



Şekil 2.5. Bebeğin memeye yerleştirilmesi [107]

Anne bebeğini emzirirken rahat bir pozisyonda oturmalı ve kendini rahat hissetmelidir. Bebeğin annenin memesine iyice yerleşmiş olması, başı dik, bebeğin vücut ve kollarının anneye dönük rahat nefes alması için burun deliklerinin açık olacak şekilde yerleştirilmesi sağlanmalıdır. Anne bebekle göz teması içinde olmalıdır [70]. Memeye iyi yerleşmiş bebekte; çene, memeye dokunacak şekilde; alt dudak, dışa dönük; dil önde, memeyi kavramış şekilde; ağız, genişçe açılmış olmalıdır [25]. Bebeğin memeye doğru yerleşmesiyle, bebek diliyle damağı arasında kalan areola kısmına baskı uygular ve vakum oluşturur. Ritmik emme hareketleriyle areoladan bebeğin ağızına süt akışı sağlanmaktadır [107].

Bebek memeye doğru yerleşemez ve etkili emzirme gerçekleşemezse; yeteri miktarda süt memeden uzaklaşamayacağı için kanallarda tıkanıklık veya mastisit gelişebilmekte bebek daha uzun süre ve daha sık emebilmekte ve göğüsler aşırı emme yoluyla fazla uyarılabilmektedir [76].

Uzun dönemde sütü ile anne beslenmenin yetersiz olduğunun en önemli belirtisi bebeğin istenilen vücut ağırlığına istenilen zamanda ulaşamamasıdır. Bebeğin doğum sonrası 15. günde doğum ağırlığına yeniden ulaşması beklenir. Yetersiz idrar yapımı, dışkısının kuru ve sert olması, emdikten sonra huzursuz olması, çok fazla emmek istemesi vb. durumlar ile karşılaşıldığında anne sütünün yetersiz olabileceği düşünülmelidir [108].

2.6.3. Emzirmeyi etkileyen faktörler

Anneye ve bebeğe ait bazı faktörler emzirmeye başlama zamanını ve emzirme davranışını etkilemektedir;

Bebeğe ve anneye ait faktörler

Bebeğin doğum ağırlığı, konjenital defektinin bulunması, düşük Apgar skoru ile doğması, vital bulgularının normal değerlerde olmaması, bağırsak hareketlerinin yokluğu emzirmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bebeğin uyanıklık durumu (uykulu olması veya sürekli ağlaması) pamukçuk, yarı damak ve yarı dudak, emzik ve biberon kullanımı, doğumdan sonra bebeğe mama ve diğer sıvıların verilmesi de emzirmeyi etkileyen faktörlerdendir. Annenin emzirmeye ilişkin tutum ve davranışları; eğitim seviyesi, yaşı, çalışma durumu, daha önceki deneyimleri, sahip olduğu çocuk sayısı, doğum şekli, postpartum döneme ait insizyon ağrısı, meme başına ait sorunlar (mastit, meme başı çatlağı, memede abze, düz ve

çökük meme ucu) gebelik döneminde emzirme ile ilgili eğitim alma durumları, gebelik döneminde obezite durumu, eşinden aldığı destek, sigara ve alkol kullanımı, postpartum depresyon gibi birçok etmeden etkilenmektedir. Ayrıca aile yapısı, ailenin yaşadığı yer, ailenin gelir düzeyi, anne ve bebeğin aynı odada uyuması vb. faktörler de göz ardı edilmemelidir [109-116]

2.7. Emzirmenin Yararları

Anne sütü, bebeğin gereksinimlerine göre ayarlanmış besleyici özelliğinin yanı sıra hazır bebek mamalarında bulunması mümkün olmayan ve bebeği çeşitli mikroorganizmalardan koruyan biyoaktif maddeler, bağışıklık sistemini düzenleyen faktörler ve büyüme-gelişmeyi etkileyen hormon ve büyüme faktörleri içermektedir. Tüm bu yönleriyle hem bebek hem de anne üzerine birçok olumlu etkisi bulunmaktadır [105].

2.7.1. Emzirmenin bebeğe sağladığı yararlar

Emzirme kısa dönemde gastroenterit, kulak enfeksiyonu ve atopi gelişimini önlerken uzun dönemde ise kardiyovasküler hastalık, obezite, tip 2 diyabet, çocukluk çağı kanserleri, inflamatuvar barsak hastalığı ve osteoporoz riskini azalttığı bilinmektedir [117, 118].

Emzirme; bilişsel gelişimi desteklemekte özellikle de preterm bebeklerde zeka gelişimini olumlu etkilediği bilinmektedir [119]. Bebeklik döneminde en az 12 ay boyunca anne sütü alan bireylerin yetişkin dönemde daha iyi zihinsel performansına ve daha yüksek gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir [120]. Ayrıca emzirme ilk 3 yaşta iletişim becerilerini geliştirmekte, okul çağında ise sözel ve sözel olmayan yeteneklerini desteklemektedir [121].

Bebeğin 6 aydan daha fazla anne sütü ile beslenmesi 2 yaşa kadar obezite görülme riskinde azalma sağlamakta, bel çevresi ve bel/ kalça oranını düşürmektedir [122, 123] . Emzirmenin akut solunum yolu enfeksiyonu, pnömoni ve ishale bağlı ölümleri azalttığı tespit edilmiştir [124, 125]. Emzirilen bebeklerde yapay beslenen bebeklere oranlara gastroenterite bağlı ishal görülme oranı 4 kat daha az olduğu ve hastalık şiddeti ve süresinin daha kısa sürdüğü bilinmektedir [126]. Özellikle ilk 6 aylık dönemde bebeğin emzirilmesinin, rota virüsü kaynaklı gastroenteritlere karşı daha fazla koruyuculuk sağladığı tespit edilmiştir [127].

Nekrotizan enterokolit (NEC) özellikle düşük doğum ağırlıklı bebeklerde görülen mortalite ve morbidite oranı yüksek önemli bir gastrointestinal sistem hastalığıdır. İlk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenme infantlarda NEC riskinde %50 azalma sağlamaktadır [128]. Doğumdan sonra ilk 14 gün boyunca düşük doğum ağırlıklı bebeklere verilen her 100ml/kg anne sütünün NEC riskini azalttığı bilinmektedir [129].

En az 3 ay boyunca sadece anne sütüyle beslenme ishal, otitis media ve solunum yolu enfeksiyonlarının insidansında ve şiddetinde azalma ile ilişkilendirilirken; ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmenin alerjik hastalıklar açısından riskli olan bebeklerde (birinci derece akrabalarında alerjik hastalık görülen) hastalık insidansını azaltmaktadır [130]

2.7.2. Emzirmenin anneye sağladığı yararlar

Emzirme, bebeğe sağladığı yararların yanında anneye de birçok yarar sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda emziren anneyi Tip 2 diyabet, meme ve yumurtalık kanserine karşı koruduğu; bebekle arasında bağ duyusunun gelişmesini ve annenin kendini daha iyi hissetmesini sağladığı bilinmektedir. Postpartum kanama ve idrar yolu enfeksiyonu görülme oranını azaltmaktadır [118, 131, 132]. Bebeğini emziren annelerin daha düşük BKİ ve daha yüksek HDL kolestrol seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir [133].

Gestasyonel diyabet öyküsü olan bireylerde laktasyon süresinin uzaması insülin ve glikoz cevabı üzerine olumlu etki oluşturmaktadır. Bebeğini 10 aydan daha fazla süre emziren annelerde insülin duyarlılığının arttığı, açlık kan glikoz seviyesinin azaldığı ve bozulmuş glikoz tolerasyonunda düzelme sağladığı tespit edilmiştir [134]. Çeşitli nedenlere bağlı olarak bebeğin emzirilmeme durumu ya da ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmenin sağlanması bebek açısından mortalite ve morbiditeyi arttıran önemli bir risk etmenidir [135]. Yalnızca anne sütü ile beslenmenin teşviki için yapılan girişimlerin gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı bebek ölüm hızını %13 azalttığı tespit edilmiştir [136].

2.8. Emzirme Özyeterliliği Kuramı

Öz-yeterlilik kavramı ilk kez Bandura (1986) tarafından “insanların belli bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri örgütleme ve sergileme becerileri ile ilgili yargıları” olarak tanımlanmıştır [137]. Bandura (1986)’nın öz-yeterlilik kavramını tanımlamasından

etkilenen Dennis (1999), Emzirme Öz-Yeterlilik Algısını ve etkileyen faktörleri belirlemiştir [24].

Emzirme öz yeterliliği annenin bebeğini emzirme yeteneğini, bebeğini emzirmek isteyip istemeyeceğini, annenin emzirme konusunda göstereceği çabayı, emzirme konusunda olumlu ve olumsuz düşüncelerini, karşılaştığı zorluklara nasıl tepki vereceğini ifade etmektedir [24]

Dennis (1999)'e göre annenin emzirme öz yeterliliği;

1. Daha önceki emzirme deneyiminin başarı oranı
2. Gözleme dayalı öğrenme yoluyla rol model aldığı bireylerin gösterdiği emzirme davranışları
3. Arkadaş, aile bireyleri, sağlık personelinden sosyal destek alması
4. Annenin psikolojik durumundan etkilenmektedir [24].

Emzirme öz yeterliliğinin ana etmenleri Çizelge 2.7'de gösterilmiştir [24, 138].

Çizelge 2.7. Emzirme öz yeterliliğinin ana etmenleri [24, 138]

Annenin önceki deneyimleri	Annenin başkalarından gördüğü örnekler	Çevre desteği	Annenin psikolojik durumu
Geçmiş emzirme deneyimleri	Başka anneyi emzirirken gözlemlemesi	Aile Arkadaş Sağlık çalışanları tarafından desteklenmesi	Memede ağrı Yorgunluk Stres Anksiyete Sütün yetersizliği düşüncesi

Doğumdan sonraki ilk 2 saatlik süre hassas dönem olarak değerlendirilmekle birlikte başarılı emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için en uygun zamanı oluşturmaktadır. Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için annenin emzirme öz yeterliliğinin yüksek olması önemlidir. Anne ve bebeğin ten teması annenin emzirme öz yeterliliğini artıran basit ancak önemli bir etmendir [26]. Bebeğini sadece emziren annelerde erken tamamlayıcı beslenmeye başvuran annelere göre emzirme öz yeterliliğinin daha yüksek

olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca depresif belirtiler gösteren ve düşük benlik algısına sahip annelerin emzirme konusunda kendilerine daha az güvendiği ve öz yeterliliklerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir [139]. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algısını artıran ve olumsuz etmenleri ortadan kaldıran, bireysel/annenin ihtiyacına yönelik ve deneysel araştırmalar sonucunda geliştirilen girişimler planlanmalıdır [138, 140]. Doğum sonrasında sadece annenin bakım kalitesini geliştiren değil aynı zamanda annenin emzirme konusunda öz güvenini de artıran yeni stratejilerle desteklenmelidir. Zorluklarla mücadele eden anne kararlılıkla emzirmeyi sürdürecektir [141]. Öz-yeterlilik kaynaklarını geliştirici girişimler Çizelge 2.8’de gösterilmiştir [138].

Çizelge 2.8. Öz-yeterlilik kaynaklarını geliştirici girişimler [138]

Öz-Yeterlilik Kaynaklarını Geliştirici Girişimler

Emzirmenin başarılı ve iyi yanlarına yönlendirmek, pozitif bakış açısı kazandırmak

Emzirme etkinliğini ve başarısını destekleyen öneriler geliştirmek

Özellikle erken dönemde annelere ileriye yönelik rehberlik yapmak

Bireysel yetenekleri güçlendirici olumlu geri bildirim sağlamak, yanlış algıları düzeltmek

Gebeye/anneye öğrenmeyi destekleyici yazılı ve görsel materyal hazırlamak

Aile ve arkadaşlarından annenin desteklenmesi için yardım almak

Ağrı, anksiyete ve yorgunluk gibi olumsuz durumlarda yol göstermek

Yanlış beden algılarını düzeltmek

2.9. Postpartum Depresyon ve Beslenme

Emziliklik dönemi, gebelik döneminde olduğu gibi gereksinimlerin arttığı bir dönemdir. Bu dönemlerde annenin gösterdiği beslenme davranışları uzun/kısa dönemde anne-bebek sağlığını etkilerken aynı zamanda anne bebek etkileşiminin temelini oluşturan ebeveynlik davranışı da etkilemektedir [142]. Doğurganlık çağındaki kadınlar için gebelik ve laktasyon dönemi beslenme yönünden riskli bir dönem olmakla birlikte bu dönemlerde kötü beslenmenin yan etkilerine karşı daha hassas olmaktadır. Besin ögesi depolarındaki yetersizlik ve eksikliğin giderilememesi sonucu gelişen beslenme durumundaki dengesizlikler majör depresif bozuklukların gelişimine zemin hazırlamaktadır [143]. Gebelik döneminde sağlıklı beslenmeyle postpartum depresyon gelişiminin değerlendirildiği bir çalışmada süt ve süt ürünleri, kurubaklagil, balık, yağlı tohum,

zeytinyağı, sebze ve meyveden oluşan yeterli ve dengeli bir diyetin postpartum depresyon semptomlarını %50 azalttığı tespit edilmiştir [144].

Karbonhidratlar

Yeterli ve dengeli bir diyetin önemli bir parçası olan karbonhidratlar mental sağlık üzerine etkili olmakta, glikoz ise beynin önemli enerji kaynağı olarak önem kazanmaktadır. Doğum sonrası dönemde insülin seviyesinde oluşabilecek dengesizlik serotonin sentezini etkileyerek depresyon gelişimini tetikleyebilmektedir [65]. Gebelik döneminde besin tüketimleri incelenen 529 kadınla yapılan bir çalışmada günlük 29 g.'dan fazla şeker alan gebelerde depresif semptomların daha çok görüldüğü tespit edilmiştir [144]. Başka bir çalışmada ilave şeker, tatlandırıcı içecek ve rafine gıda tüketiminin depresyon gelişimini tetiklediği; laktoz, posa, sebze, meyve ve tam tahıllı besin tüketiminin depresyon gelişimini azalttığı saptanmıştır. Kompleks karbonhidrat tüketimi serotonin salınımını etkilemekte ve depresyon riskini azaltmaktadır [145].

Omega 3 yağ asitleri

Maternal DHA depoları gebelik boyunca %50 azalmakta ve doğumdan 6 ay sonra gebelik öncesi seviyesine ulaşabilmektedir [146]. Beyinde DHA seviyesinin azalması sonucu; beyin kaynaklı nörotrofik faktörde (BDNF) azalma, hipotalamus-pituitary-adrenal (HPA) aksında stres yanıtının artması gibi depresyon ile ilişkili nörobiyolojik değişimler meydana gelebilmektedir [147, 148]. Yapılan bir çalışmada 6 ay boyunca n-3 yağ asitinden yetersiz beslenen ratlarda beyin DHA ve BDNF seviyesinin azaldığı tespit edilmiştir [148].

Plazma EPA ve DHA içeriği ile PPD gelişimi arasında negatif ilişki olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur. Çalışmalara göre diyetle n-3 yağ asitlerinin yetersiz alımı veya dokulardaki seviyesinin düşük olması sonucu PPD gelişebilmektedir [149]. Gebeliğin son dönemlerinde düşük omega 3 indeksi postpartum 3. ayda yüksek depresyon puanı ile ilişkilendirilmektedir [150]. Yapılan bir çalışmada anne sütünde yüksek DHA içeren ve deniz ürünleri tüketimi yeterli olan kadınlarda PPD görülme oranının daha düşük olduğu saptanmıştır [151]. Başka bir çalışmada ise n-3 yetersizliği PPD gelişiminde her zaman belirgin olmayacağı; bu durumda n-3 yağ asitlerinin proflaktik olarak kullanımının yararlı olabileceği görüşü öne sürülmektedir [152, 153]. Proinflamatuvar sitokin üretimini sınırlandırması sonucu depresyonla karakterize inflamatuvar sürecin önlenmesi, serotonerjik

transmitterlerin yapım, fonksiyon ve metabolizmasının düzenlenmesi, hücre membran akışkanlığı ve hücrel sinyal iletimini düzenlemesi gibi etkileri sonucunda Çoklu Doymamış Yağ Asitleri (ÇDYA)'nin PPD gelişimini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir [154]. Başka bir çalışmada postpartum dönemde 8 hafta boyunca 1,2 g DHA ve 2,2 g EPA tedavisi alan kadınlarda doğum sonrası 6 ve 8. haftalarda postpartum depresyon görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir [155]. Amerikan Psikiyatri Derneği duygu durum bozuklukları için günlük 1-9 mg EPA ve DHA alımını önermektedir [156]. Çalışmalar sonucunda ÇDYA'nin PPD gelişiminde hem tedavi hem de önleme amaçlı kullanımında uygun doz, uygun formülasyon, uygun süre açısından öneri yapmak için iyi planlanmış çalışmalarla desteklenmesi gerektiği söylenebilir [157].

Vitaminler

Retinol

Gebelik döneminde anne kendisini laktasyona hazırlamaktadır. Karaciğer ve meme dokusunda biriken retinol doğum sonrasında yüksek seviyelere ulaşmakta, annenin bebeği emzirmesiyle de azalmaktadır. Bebeğin emzirilmemesi gibi durumlarda ise yüksek retinol seviyesi annede toksik etki oluşturarak PPD gelişimine neden olabilmektedir [158].

B₆, B₁₂ ve Folik Asit

Vitamin B₁₂ ve folat merkezi sinir sisteminin gelişimi, farklılaşması ve işlevselliğinde oldukça önemli bir yere sahiptir [159]. Ayrıca B₁₂ ve B₆ vitaminleri dopamin, serotonin, norepinefrin gibi nörotransmitterlerin metilasyonunu, sentezlerini ve düzeylerini de etkilemektedir [160, 161]. Bu vitaminler homosisteinin metionine dönüşmesi ve SAM (S-adenozil metiyonin) sentezi için gereklidirler [159]. SAM, sinir sistemi fonksiyonlarında görev almakta, SAM'dan metil grubunun ayrılması ile S-adenozilhomosistein (SAH) oluşmakta ve SAH hidrolize olarak homosisteine dönüşmektedir. Yüksek homosistein seviyesi nöral hücreler için toksik etki göstermektedir [162]. B₆, B₁₂ ve folik asit eksikliğinin ve bunların eksikliğinde yükselen serum homosistein düzeylerinin depresif rahatsızlıklar, duygulanım bozuklukları gibi çeşitli nörolojik bozuklukların patogeneziye katkıda bulunduğu düşünülmektedir [163]. Homosisteinin oksidasyonu sonucu oluşan reaktif oksijen moleküllerinin oksidatif strese neden olduğu ve psikiyatrik hastalıkların altında yatan önemli bir etmen olduğu bilinmektedir. Ayrıca plazma homosistein seviyesindeki artışın antidepresan cevabı azalttığı tespit edilmiştir [164]. Özellikle 3. trimesterde plazma homosistein seviyesindeki artış doğum sonrası depresif bulgularla ilişkilendirilmektedir [165]. Gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde günlük diyetle alınan

folat, B₆ ve B₁₂ vitamin alımları ile PPD gelişimi arasında herhangi bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur [166, 167]. Postpartum depresyon ile B grubu vitaminler arasında ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar yetersiz kalmaktadır.

D Vitamini

D vitamini kolesterol türevi bir steroid hormon olup immün sistem üzerine etkili olmakta, hücrel ve humoral bağışıklık cevabını etkilemektedir. Amigdala, hipotalamus, dorsal çekirdek ve motor nöronlar yüksek konsantrasyonda D vitamini reseptörü içermektedir [146]. Yapılan çalışmalara göre serum 25(OH) D vitamini seviyesi düşük olan kadınlarda PPD semptomlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir [168, 169]. Başka bir çalışmada gebeliğin 2. trimesterinde düşük 25 (OH) vitamin D seviyesine sahip gebelerde doğumdan sonraki ilk günlerde depresyon görülme sıklığı daha yüksek olduğu saptanmıştır [170]. Postpartum 6. ayında 179 kadınla yapılan bir çalışmada D vitamini yetersizliğinin depresif semptomların gelişimine katkıda bulunduğu, çalışma sonucuna göre günlük 1200 IU D vitamini takviyesinin semptom gelişimini olumlu etkilediği tespit edilmiştir [171]. Vitamin takviyesi sadece gerekli görüldüğü durumlarda yapılmalıdır. Aşırı alım sonucu toksik etki oluşturabileceği ve toksik etki sonucu PPD gelişimini tetikleyebileceği de düşünülmektedir [172]. D vitamini yetersizliği ve PPD gelişimini arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır [173].

Mineraller

Çinko /Magnezyum

Gebelik döneminde hormon, nörotransmitter ve iz elementler arasında karmaşık etkileşimler mevcuttur. Plasenta yoluyla bebeğin anneden magnezyum gibi birçok minerali absorbe etmesi, laktasyona bağlı olarak annede magnezyum kaybı oluşması ve annenin yetersiz magnezyum alımı sonucunda PPD gelişiminin tetiklendiği bilinmektedir [174, 175]. Çinko beyinde en yüksek ikinci konsantrasyona sahip geçiş elementi olmakla birlikte beyin çinko homeostazındaki dengesizlik davranış bozukluklarına sebep olmaktadır [176]. Çinko ve magnezyum beyinde snaptik nörotransmisyonu düzenleyerek sinir sistemi üzerine etkilidir [174]. Yapılan bir çalışmada daha önceki çocuklarında doğum sonu depresyon yaşayan annelere 4. gebelikleri boyunca her öğünle birlikte 200 mg magnezyum verilmiş ve doğumdan sonra depresyon gelişiminin azaldığı tespit edilmiştir [177]. Çinko ve magnezyum kombine tedavisinin (içme sularının Mg ile zenginleştirilmesi vb.

yöntemlerin) doğum sonrası depresyon gelişimi üzerine olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir [174, 178].

Demir

Demir, nörotransmitter sentezinde rol alan birçok enzim için kofaktördür. Demir yetersizliği PPD gelişimi için önemli bir etmen olduğu düşünülmektedir. On hafta-9 ay arası bebeği olan ve miadında doğum yapmış annelerle yapılan bir çalışmada maternal demir depoları ile depresyon görülme durumu arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konmuştur [179]. Başka bir çalışmada postpartum 7. günde annelerin Hb konsantrasyonları ile ilerleyen günlerde annelerde görülen depresyon semptomları arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır [180]. Başka bir çalışmada ise maternal demir depoları ile postpartum depresyon arasında ilişki saptanmamıştır [181].





3. MATERYAL VE METOT

Bu çalışma doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyonunun emzirme öz yeterlilik, emzirme başarısı ve beslenme durumuna etkisinin saptanması amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışma Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı iki Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiş olup Haziran - Kasım 2015 tarihleri arasında veri toplama aşaması tamamlanmıştır. Çalışmaya postpartum 2 hafta-6 ay arasında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18- 42 yaş arası 228 gönüllü emzikli kadın dahil edilmiştir. Örneklem belirlenmesinde güç (power) analizi yöntemi kullanılmıştır (Ek-1).

Çalışmanın sınırlılığı:

Annelerin emzirme davranışını etkileyeceği düşünüldüğünden 2500 gramın altında bebeği olan, 37. gebelik haftasından önce doğum yapan, bebeği sağlık sorunu nedeniyle çocuk servisine sevk edilen, sistemik bir rahatsızlığı olan ve antidepresan ilaç kullanan anneler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bu çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 02/06/2015 tarihli ve 108400987-328 sayılı kurul onayı alınmıştır (EK 2).

Bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve katılmayı kabul eden gönüllü kadınlara Onam Formu imzalatılarak onayları alınmıştır (EK 3).

3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile hazırlanan anket formu (EK 4) kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda kişisel bilgi soruları ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği [182], Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği [24], LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı [183], Beslenme Bilgisi Soru Formu, Besin Tüketim Kayıt Formu yer almaktadır.

3.2.1. Kişisel bilgi formu

Verilerin toplanmasında kullanılan anket formunda; anneye, bebeğe, gebeliğe ve emzirmeye ait sorular bulunmaktadır. Bu formda; anneye (annenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu vb.), gebeliğe (gebelik döneminde besin desteği alma durumu, çocuk sayısı, doğum şekli vb.), bebeğe (bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, gebelik haftası vb.) ve emzirmeye ait bilgilerin (emzirme deneyimi, emzirme eğitimi alma durumu vb.) sorgulandığı 27 adet soru bulunmaktadır.

3.2.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EK 5) Cox ve ark. (1987) tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek depresyon tanısı koymak amacıyla kullanılmamaktadır. EDDÖ'nün postpartum, hatta gebelikteki depresyon semptomlarını saptama açısından özgünlüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir. Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87 olarak bulunmuştur [182].

EDDÖ; Türkçe'ye 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)' ismiyle uyarlanmış ve Engindeniz ve ark (1997) tarafından Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur [184]. Bu çalışmada da güvenilirliği 0,86 olarak tespit edilmiştir.

Ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü Likert biçiminde değerlendirilmiş ve 0-3 arasında puanlandırılmıştır. Her sorunun puanlaması farklı olup; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. ifadeler giderek azalan şiddeti göstermektedir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Puanlamada 1., 2. ve 4. ifadeler ise 0, 1, 2, 3 olarak puanlandırılmıştır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. On iki puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur [182, 184].

3.2.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EK 6) Dennis (1999) tarafından geliştirilen 33 maddelik bir ölçektir. Ölçek 2003 yılında 14 maddeye indirilerek Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin kısa formunu geliştirmiştir. Daha kolay uygulandığı ve öz-yeterliliği doğru değerlendirdiği için kısa formun kullanımı önerilmektedir [24]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tokat (2013) tarafından yapılmış olup Cronbach's Alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur [185]. Bu çalışmada ise güvenilirliği 0,79 olarak tespit edilmiştir.

Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert tipi bir ölçektir (1= "hiç emin değilim" ve 5 = "her zaman eminim"). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir. Puanın yüksek olması yüksek emzirme öz-yeterliliği göstermektedir [186].

3.2.4. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (EK 7) Jensen ve ark. (1993) tarafından geliştirilmiştir [183]. Ölçüm Aracı'nın Türkçe geçerliliği Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapılmış olup Cronbach's Alfa değeri 0,95 olarak bulunmuş ve kullanımı güvenilir bir araç olarak önerilmiştir [187].

LATCH Emzirme Puanlama Sisteminde emzirmeyi değerlendirmek amacıyla beş kriter kullanılmıştır.

Bu kriterler;

- ✓ L (Latch on breast); bebeğin memeyi kavramasını,
- ✓ A (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulması
- ✓ T (Type of Nipple); annenin meme başının tipini,
- ✓ C (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,
- ✓ H (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı tanımlamaktadır.

LATCH Emzirme Puanlama Sisteminde her kriter için 0,1,2 puanı verilmektedir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilmektedir. Toplam puanın 9 ve altında olması annenin emzirme konusunda yardıma gereksinimi olduğunu göstermekte, yüksek puan yüksek emzirme başarısı olarak değerlendirilmektedir [187]. Bu çalışmada annelerin emzirme başarıları değerlendirilirken Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli hemşirelerden destek alınmıştır.

3.2.5. Beslenme bilgi soruları

Annelerin emzirme ve bebek beslenmesi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan ve 24 adet soruyu içeren form (EK 8) uygulanmıştır [188, 189]. Annelerden ifadeleri doğru/yanlış/bilmiyorum şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Formda yer alan 1,3,4,5,6,7,8,11, 12, 15, 16, 20,21 ve 24. ifadeler yanlış iken 2,9,10,13,14,17,18,19,22 ve 23. ifadeler doğru bilgilerdir. Annelerin verdiği her doğru cevap 1 puan, bilmiyorum ve yanlış cevapları ise 0 olarak puanlandırılmıştır. Sorulardan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 24'tür. Değerlendirme ortanca puan üzerinden yapılmıştır.

3.2.6. Annelerin beslenme durumunun değerlendirilmesi

Annelerin besin tüketimleri hatırlatma yöntemiyle 24 saatlik besin tüketim kaydı alınarak saptanmıştır [190]. Besin tüketim kayıtları alınırken bireylerin tükettiği tüm yiyecekler miktar ve içerikle birlikte *Besin Tüketim Kaydı Formu* (EK 9)'na yazılmıştır. Bireylerin tükettikleri yiyeceklerin içeriklerinin hesaplanmasında Kurumlar İçin Standart Yemek Tarifeleri, Türk Mutfağından Örnekler, Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar kitapları kullanılmıştır [191-193]. Günlük tüketilen enerji ve besin öğelerinin hesabı için Beslenme Bilgi Sistemleri Programı (BeBİS) kullanılmıştır [194]. Annelerin günlük enerji ve besin ögesi tüketim miktarları diyetle referans alım düzeyi (DRI) ile karşılaştırılmış, alım yüzdelerine göre yetersiz (<%67), yeterli (%67-133) ve aşırı alım (>%133) olarak değerlendirilmiştir [195].

3.2.7. Antropometrik ölçümler

Annelerin vücut ağırlığı, vücut yağ yüzdesi, vücut su yüzdesi, abdominal yağlanma kat sayısı, yağ dışı kütle, kemik kütlesi ve bazal metabolizma hızı Tanita BC-533 marka taşınabilir biyoelektrik impedans cihazı ile ölçülmüştür. Ölçümler birey ayakkabısız ve çorapsız olacak şekilde yapılmıştır. Ölçüm için bireylerden en az 4 saatlik açlık ile gelmeleri, test öncesi fazla miktarda sıvı tüketmemeleri ve üzerlerinde metal eşya bulundurmamaları istenmiştir. Boy uzunluğu ölçümü Tanita portable plastik boy ölçer kullanılarak ayakta, ayaklar bitişik ve baş Frankfurt düzlemde iken yapılmıştır [196]

Bireylerin beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanarak (vücut ağırlığı (kg)/boy uzunluğu (m)²) sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir [197].

Çizelge 3.1. BKİ sınıflaması [197]

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf/ düşük ağırlıklı	<18,50
Normal	18,50 – 24,99
Toplu/ hafif şişman	25,00 – 29,99
Şişman/ obez	>30,00

Annelerin bel çevresi ölçümü, ayakta karın gevşek pozisyonda, kollar yanda olacak şekilde en alt kaburga kemiği ile kristailiyakarasındaki orta noktadan esnemeyen mezurla yapılmıştır. Kalça ölçümü bacaklar bitişik halde iken esnemeyen mezur ile kalçanın en geniş bölgesinden yapılmıştır [196]. Bel çevresinin erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm olması kronik hastalıklar açısından riskli durumu; erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm olması ise önemli derecede risk olduğunu göstermektedir [198].

Kadınların bebeklerinin vücut ağırlıkları 0.1 kg'a duyarlı hassas bebek terazisi ile bebekler çıplak iken ölçülmüştür. Bebeklerin boy uzunlukları infantometre ile yatar pozisyonda ölçülmüştür. Bebeklerin baş çevreleri ölçümü esnek olmayan mezura kullanılarak, önde kaşların üzerinden arkada oksipital çıkıntından geçen çevrenin ölçümü ile yapılmıştır [199].

3.3. Verilerin Analizi

Çalışmada SPSS 23,0 versiyonu ve MS Excel kullanılarak analizler ve grafikler elde edilmiştir. Çalışmaya dahil olan değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri nicel değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, en düşük ve en yüksek değer olarak nitel değişkenler için sıklık ve yüzdeler olarak verilmiştir. Nitel değişkenlerin karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanılarak gruplar arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Nicel değişkenler için verilerin ölçekler üzerinden toplanmış puanlar üzerinden elde edilmesinden dolayı parametrik olmayan testlerden Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin ilişkilerini incelemek için Spearman Korelasyon katsayısı incelenmiştir. Tüm değişkenlerin testleri %5 anlamlılık düzeyinde incelenmiştir [200].

3.4. Araştırmayı Yaparken Karşılaşılan Güçlükler

Anneler bebeklerinin küçük olması, bir an önce evlerine gitmek istemeleri ve vakitlerinin olmaması gerekçesi ile araştırmaya katılmak istememişlerdir. Bu nedenle daha fazla anneye ulaşılmakta güçlük yaşanmıştır.



4. BULGULAR

Bu çalışma Ankara İlinde iki Aile Sağlığı Merkezi'nde postpartum 2 hafta- 6 aylık dönemde bebeğini emziren 228 kadın üzerinden yürütülmüştür.

4.1. Aileye Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin ailelerine ait tanımlayıcı özellikler Çizelge 4.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Aileye ait tanımlayıcı bilgiler (n=228)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Annenin yaşı (yıl)		
≤18	3	1,3
19-30	159	69,8
≥31	66	28,9
$\bar{X} \pm SS$	27,96±5,25	
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	4	1,8
Okuryazar/ İlkokul mezunu	44	19,3
Ortaokul mezunu	52	22,8
Lise ve dengi okul mezunu	53	23,2
Üniversitesi mezunu	75	32,9
Annenin meslek durumu		
Ev hanımı	166	72,8
Memur	40	17,5
İşçi	7	3,1
Özel sektör	15	6,6
Eşin eğitim durumu		
Okuryazar değil	2	0,9
Okuryazar/ İlkokul mezunu	39	17,1
Ortaokul mezunu	41	18,0
Lise ve dengi okul mezunu	64	28,1
Üniversitesi mezunu	82	35,9
Eşin meslek durumu		
İşçi	81	35,6
Memur	59	25,9
Özel sektör	79	34,6
Çalışmıyor	9	3,9
Aile tipi		
Çekirdek aile	186	81,6
Geniş aile	42	18,4

Annelerin %69,8'i 19-30 yaş aralığındadır. Annelerin ortalama yaşı 27,96±5,25 yıl olarak tespit edilmiştir. Annelerin %32,9'u üniversite, %23,2'si lise ve dengi okul mezunu olup; %72,8'i ev hanımı; %17,5'i ise memurdur. Eşlerinin %35,9'u üniversite mezunu, %28,1'i

lise ve dengi okul mezunudur. Ayrıca eşlerin %35,6'sı işçi iken, %34,6'sı ise özel sektörde çalışmaktadır. Ailelerin %81,6'sı çekirdek ailedir.

4.2. Annelerin Gebelik ve Doğuma Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin gebelik ve doğuma ait tanımlayıcı özellikleri Çizelge 4.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. Gebelik ve doğuma ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=228)

Gebelik ve doğuma ait özellikler	n	%
Gebeliğin istenme/planlı olma durumu		
İstendi/planlı	170	74,6
İstenmedi/planlı değil	58	25,4
Gebelik haftası		
37. hafta	14	6,1
38. hafta	81	35,5
39. hafta	63	27,6
40. hafta	49	21,5
41 -42.hafta	21	9,3
$\bar{X} \pm SS$	38,94±1,13	
Doğum şekli		
Normal	119	52,2
Sezaryen	109	47,8
Gebelikte besin desteği alma durumu		
Aldı	203	89,0
Almadı	25	11,0
Aldığı besin desteği türü*(n=203)		
Demir preparatı	147	72,4
Folik asit	143	70,4
Multivitamin	127	62,6
D vitamini ve kalsiyum	7	3,4

*Bir seçenekten fazla cevap alınmıştır.

Annelerin %74,6'sı gebeliklerinin planlı/istenilen olduğunu belirtmiş olup; %35,5'i 38. haftada, %27,6'sı 39. haftada ve %21,5'i 40. haftada doğum yapmıştır. Annelerin %52,2'si normal doğum yapmıştır. Gebelik dönemlerinde kadınların %89'unun besin desteği aldığı ve en fazla (% 72,4) demir ve folik asit (%70,4) preparatı kullandıkları tespit edilmiştir.

4.3. Annelerin Emziliklik Dönemine Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan annelerin emzirme durumlarıyla ilgili bilgiler Çizelge 4.3'te verilmiştir.

Çizelge 4.3. Annelerin emzirme durumuyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n=228)

Emzirme durumuyla ilgili özellikler	n	%
Doğumdan sonra emzirme durumu		
İlk 30 dakika	143	62,8
30- 60 dakika	32	14,0
61 dk ve üzeri	34	14,9
Gün içinde emzirme gerçekleşmedi	19	8,3
Emzirme ile ilgili bilgi alma durumu		
Aldı	148	64,9
Almadı	80	35,1
Bilgi alınan kaynak* (n=148)		
Ebe/hemşire	124	83,8
Doktor	8	5,4
Gazete / dergi	5	3,4
İnternet	3	2,0
Kendisi sağlık personeli	8	5,4
Emzirme sıklığı (dk)		
≤30	23	10,1
31-60	62	27,2
61-120	110	48,2
121-180	26	11,4
≥181	7	3,1
$\bar{X} \pm SS$	102,91±53,79	

*Bireylerden tek cevap alınmıştır.

Annelerin %62,8'i doğumdan sonra 30 dakika içinde bebeklerini emzirmeye başladığını ifade etmiştir. Annelerin %64,9'u emzirme ile ilgili bilgi aldığını belirtirken ve en fazla bilgi alınan kaynağın ebe ve hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Annelerin bebeklerini emzirme sıklığı ortalama 102,91±53,79 dakika olarak bulunmuştur.

Annelerin anne sütü artırıcı ürün/besin kullanım durumlarının dağılımı Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Çizelge 4.4. Annelerin emzicilik döneminde anne sütü artırıcı ürün/besin kullanım durumlarının dağılımı (n=228)

Anne sütü artırıcı ürün ve besin		
kullanım durumları	n	%
Anne sütü artırıcı ürün/besin kullanımı		
Kullandı	117	51,3
Kullanmadı	111	48,7
Anne sütünü artırmak amaçlı kullanılan ürün/besin* (n=117)		
Anne sütü artırıcı çay	40	34,2
Su	40	34,2
Rezene	36	30,8
Hoşaf/komposto	26	22,2
Dereotu/maydanoz	16	13,7
İncir/hurma	12	10,3
Anne sütü artırıcı kapsül/damla	10	8,5
Tatlı yiyecekler	9	7,7
Malt içeceği	8	6,8
Süt /peynir	6	5,1
Hurma	4	3,4

* Bir seçenekten fazla cevap alınmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin %51,3'ünün anne sütü artırıcı besin/ürün kullandığı tespit edilmiştir. Annelerin %34,2'si anne sütü arttırmak amaçlı su tükettiğini ve anne sütü artırıcı çay kullandıklarını; %30,8'i rezene, %22,2'si hoşaf/komposto, %13,7'si ise dereotu/maydanoz tükettiğini belirtmiştir.

4.4. Bebeğe Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan annelerin bebekleriyle ilgili tanımlayıcı özellikler Çizelge 4.5'te sunulmuştur.

Çizelge 4.5. Bebeğe ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=228)

Bebeğe ait bilgiler	n	%
Cinsiyeti		
Erkek	111	48,7
Kız	117	51,3
Doğum ağırlığı (g)		
≤2500	9	3,9
2501-3200	98	43,0
3201-4000	106	46,5
≥4001	15	6,6
Şu anki yaşı (ay)		
0-3	164	71,9
4-6	64	28,1
Kaçıncı çocuk		
İlk çocuk	95	41,7
İkinci çocuk	90	39,5
Üçüncü çocuk	32	14,0
Dört ve üzeri	11	4,8

Bebeklerin %51,3'ü kız, %48,7'si erkektir. Bebeklerin % 46,5'i 3201-4000 g, %43,0'ü 2501-3200 g aralığında doğmuş olup %71,9'u 0-3 aylık dönemde ve %41,7'si ilk bebektir.

4.5. Bebeklerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerine ağızdan verilen ilk besin ve anne sütü dışında besin alma durumları ile ilgili bilgiler Çizelge 4.6’da verilmiştir.

Çizelge 4.6. Bebeklerin beslenmelerine ait özelliklerinin dağılımı (n=228)

Bebeklerin beslenmesine ait özellikler	n	%
Bebeğe ağızdan verilen ilk besin		
Kolostrum	186	81,6
Hazır mama	28	12,3
Zemzem suyu	11	4,8
Şekerli su	3	1,3
Anne sütü dışında besin verme durumu		
Verdi	68	29,8
Vermedi	160	70,2
Anne sütü dışında verilen besinler*(n=68)		
Hazır mama	54	79,4
Yoğurt	15	22,1
Meyve-sebze suyu/püresi	12	17,6
Yumurta	4	5,9
Çorba	8	11,8
Peynir	2	2,9
Anne sütü dışında besin verme nedeni (n=68)		
Sütüm yetmiyor	35	51,5
Tamamlayıcı besin amaçlı	15	22,1
Doktor tavsiye etti	6	8,8
Bebek doymuyor	6	8,8
Bebek emmek istemiyor	3	4,4
Diğer (anne rahat etmek istiyor, meme ucunda yara var vb.)	3	4,4

* Bir seçenekten fazla cevap alınmıştır.

Bebeğe ilk olarak ağızdan verilen besin %81,6 oranında kolostrumdur. Annelerin %70,2’si anne sütü dışında herhangi bir besin vermezken, anne sütü dışında annelerin en fazla hazır mama (79,4) verdiği tespit edilmiştir. Bebeğine anne sütü dışında besin veren annelerin %51,5’i sütleri yetmediği için başka besinlere başvurduklarını belirtmiştir.

4.6. Bebeklerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin antropometrik ölçümlerinin ortalama değerleri Çizelge 4.7’de verilmiştir.

Çizelge 4.7. Bebeklerin aylarına göre antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Antropometrik ölçümler	0-3 ay (n: 164) $\bar{X} \pm SS$	4-6 ay (n:64) $\bar{X} \pm SS$
Doğum ağırlığı (g)	3297,4±460,66	3246,8±433,01
Şu anki vücut ağırlığı (g)	5268,1±1158,53	7260,6±1005,26
Boy uzunluğu (cm)	54,6±3,51	62,3±4,27
Baş çevresi (cm)	38,0±1,76	41,1±1,80

Çocuklardan 0-3 aylık olanların ortalama doğum ağırlıkları 3297,4±460,66g iken 4-6 ay arasındakilerin 3246,8±433,01 g’dır. Bebeklerin şu anki ağırlıkları; 0-3 ay arasındaki bebeklerde 5268,1±1158,53 g, 4-6 aylık bebeklerde 7260,6±1005,26 g’dır. Boy uzunlukları 0-3 ve 4-6 aylık grupta sırasıyla 54,6±3,51 cm ve 62,3±4,27 cm iken baş çevreleri de yine aynı gruplar için sırasıyla 38,0±1,76 cm ve 41,1±1,80 cm olarak tespit edilmiştir.

4.7. Annelerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Annelerin gebelik öncesi vücut ağırlığına göre BKİ dağılımı Çizelge 4.8’de verilmiştir.

Çizelge 4.8. Annelerin gebelik öncesi BKİ değerlerine göre dağılımı (n=228)

BKİ sınıflaması (kg/m ²)	n	%
Zayıf (<18,5)	2	0,9
Normal (18,5-24,9)	79	34,6
Hafif şişman (25-29,9)	92	40,4
Şişman(≥30)	55	24,1

Annelerin gebelik öncesi dönemde %40,4’ü hafif şişman, %34,6’sı normal vücut ağırlığına sahiptir.

Araştırmaya katılan annelerin gebelik öncesi ağırlık kazanımlarının dağılımı Çizelge 4.9’da sunulmuştur.

Çizelge 4.9. Annelerin gebelik öncesi BKİ değerlerine göre ağırlık kazanımlarının dağılımı (n=228)

Gebelik öncesi BKİ dağılımı (kg/m ²)	Gebelik dönemindeki ağırlık artışları (kg)							
	<8		8-12		13-20		>20	
	n=49		n=63		n=102		n=14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zayıf (<18,5)	2	4,1	-	-	-	-	-	-
Normal(18,5-24,9)	17	34,7	26	41,3	34	33,3	2	14,3
Hafif şişman (25-29,9)	13	26,5	25	39,7	47	46,1	7	50,0
Şişman(≥30)	17	34,7	12	19,0	21	20,6	5	35,7
Gebelik döneminde ortalama ağırlık artışı (kg)	$\bar{X} \pm SS = 12,7 \pm 5,70$							

Gebelik döneminde 20 kg ve daha fazla ağırlık artışı olan annelerin yarısının; ağırlık kazanımının 13-20 kg arasında olan annelerin %46,1'inin gebelik öncesi dönemde hafif şişman olduğu ve 8-12 kg arasında ağırlık artışı görülen annelerin gebelik öncesi dönemde %41,3'ünün normal ağırlıkta olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.10'da Annelerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama (\bar{X}), standart sapma ($\pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.10. Annelerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama (\bar{X}), standart sapma ($\pm SS$), alt ve üst değerleri (n=228)

Antropometrik ölçümler	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst
Vücut ağırlığı (kg)	69,2±11,90	44,6	109,8
Boy uzunluğu (cm)	159,9±6,08	141,0	178,0
BKİ (kg/m ²)	27,1±4,48	17,3	42,9
Bel çevresi (cm)	87,7±12,26	65,0	98,0
Kalça çevresi (cm)	105,0±9,06	84,0	128,0
Bel /kalça	0,83±0,07	0,67	1,05
Vücut yağ yüzdesi (%)	33,6±7,00	14,9	49,6
Vücut su yüzdesi (%)	47,0±4,55	36,8	59,6
Abdominal yağlanma katsayısı	4,9±4,73	1,0	14,0
Yağsız kütle (kg)	42,7±4,92	15,0	58,4
Kemik kütlesi (kg)	2,3±0,22	1,8	3,1

Annelerin ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve vücut yağ yüzdesi sırasıyla $69,2\pm 11,90$ kg, $159,9\pm 6,08$ cm, $27,1\pm 4,48$ kg/m², $87,7\pm 12,26$ cm, $105,0\pm 9,06$ cm, $0,83\pm 0,07$ ve $\%33,6\pm 7,00$ 'dir.

4.8. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Annelerin Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi

EDDÖ'ye göre bireylerde depresyon görülme durumlarının dağılımı ve aritmetik ortalama puanları ($\bar{X} \pm SS$) Çizelge 4.11'de verilmiştir.

Çizelge 4.11. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDDÖ) göre annelerde depresyon görülme durumlarının dağılımı ve ortalama puanları

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Depresyon riski var (puan ≥ 13)	44	19,3	$16,2\pm 3,19$
Depresyon riski yok (puan ≤ 12)	184	80,7	$5,1\pm 3,92$
Toplam puan	228	100,0	$7,3\pm 5,81$

Annelerin $\%19,3$ 'ü depresyon riski taşıırken $\%80,7$ 'si risk taşımamaktadır. Ayrıca depresyonu olan kadınların ortalama puanı $16,2\pm 3,19$, olmayanların $5,1\pm 3,92$ 'dir.

4.9. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Aile, Gebelik, Doğum ve Emzirme Dönemine Ait Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan annelerin EDDÖ puanlamasına göre bazı demografik özellikler ve doğuma ait özelliklerin dağılımı Çizelge 4.12'de verilmiştir.

Çizelge 4.12. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre ailenin bazı demografik özellikler ve annenin doğuma ait özelliklerinin dağılımı (n=228)

Tanıtıcı Özellikler	EDDÖ ≤ 12		EDDÖ ≥ 13		χ ²	p
	n=184		n=44			
	n	%	n	%		
Annenin yaşı (yıl)						
≤18	2	1,1	1	2,3		
19-30	130	70,7	29	65,9	0,649	0,723
≥31	52	28,3	14	31,8		
Annenin eğitim durumu						
Okuryazar değil	1	0,5	3	6,8		
Okuryazar/ ilkokul mezunu	29	15,7	15	34,0		
Ortaokul mezunu	41	22,3	11	25,0	-	-
Lise ve dengi okul mezunu	46	25,0	7	15,9		
Üniversitesi mezunu	67	36,4	8	18,2		
Annenin çalışma durumu						
Çalışıyor	54	29,3	8	17,2		
Çalışmıyor	130	70,7	36	81,8	7,877	0,049*
Eşin eğitim durumu						
Okuryazar değil	-	-	2	4,5		
Okuryazar/ ilkokul mezunu	26	14,1	13	29,6		
Ortaokul mezunu	33	17,9	8	18,2	-	-
Lise ve dengi okul mezunu	52	28,3	12	27,3		
Üniversitesi mezunu	73	39,7	9	20,5		
Eşin çalışma durumu						
Çalışıyor	180	97,8	39	88,6		
Çalışmıyor	4	2,2	5	11,4	11,268	0,024*
Aile tipi						
Çekirdek aile	155	84,2	31	70,5		
Geniş aile	29	15,8	13	29,5	4,490	0,043*
Gebelik öncesi BKİ (kg/m²)						
Zayıf	2	1,1	-	-		
Normal	61	32,2	18	40,9	2,303	0,552
Hafif şişman	78	42,4	14	31,8		
Şişman	43	23,4	12	27,3		
Doğum şekli						
Normal (n=119)	92	50,0	27	61,4	1,178	0,279
Sezaryen (n=109)	92	50,0	17	38,6		
Düşük veya ölü doğum yapma durumu						
Yaptı (n=59)	49	26,6	10	22,7	0,282	0,595
Yapmadı (n=169)	135	73,4	34	77,3		

*p<0,05

Depresyon görülme durumu ile annelerin yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (p=0,723). Depresyon riski taşıyan annelerin çalışmıyor olma durumu daha yüksek olup farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (χ²=7,877, p=0,049). Depresyon riski

taşıyan annelerin eşlerinin çalışmıyor olma durumu daha yüksek olup aralarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2= 11,268$, $p=0,024$). Aile yapısına göre istatistiksel farklılık saptanmıştır. EDDÖ puanlamasına göre depresyon riski taşıyan annelerin geniş aileye sahip olma durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 4,490$, $p=0,043$). Gebelik öncesi BKİ, doğum şekli, düşük veya ölü doğum yapma durumu ve eğitim durumlarında istatistiksel farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Annelerin EDDÖ puan dağılımlarına göre gebelik döneminde besin desteği kullanma durumlarının dağılımı Çizelge 4.13'te verilmiştir.

Çizelge 4.13. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre annelerin gebelik döneminde besin desteği kullanma durumlarının dağılımı

	EDDÖ ≤ 12		EDDÖ ≥ 13		χ^2	p
	n=184		n=44			
	n	%	n	%		
Besin desteği alma durumu						
Aldı	167	90,8	36	81,8	2,909	0,088
Almadı	17	9,2	8	18,2		
Kullanılan besin desteği*						
Multivitamin kompleksi	109	59,2	18	40,9	4,835	0,028*
Folik asit	120	65,2	23	52,3	2,545	0,111
D vitamini	2	1,1	1	2,3	0,974	0,324
Kalsiyum	8	4,3	3	6,8	0,385	0,535
Demir suplemanı	4	2,2	-	-	2,346	0,126

* $p<0,05$

**Bir seçenekten fazla cevap alınmıştır.

Depresyon risk durumuna göre annelerin gebelik döneminde besin desteği kullanma durumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Depresyon riski olan annelerin multivitamin kompleks alımları % 40,9 ve depresyonda olmayan annelerin ise % 59,2'dir ve iki grup arasındaki multivitamin kompleks alımları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 4,835$, $p=0,028$). EDDÖ puanlamasına göre depresyonda olan annelerin multivitamin kullanımı azdır. Diğer gruplarda istatistiksel farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.14'de araştırmaya katılan annelerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre emzirmeyle ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.14. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre emzirmeyle ilgili özelliklerin dağılımı (n=228)

Emzirme ile ilgili özellikler	EDDÖ ≤ 12		EDDÖ ≥ 13		χ^2	p
	n=184		n=44			
	n	%	n	%		
Emzirmeyle ilgili bilgi alma durumu						
Aldı	125	67,9	23	52,3	3,824	0,051
Almadı	59	32,1	21	47,7		
Doğumdan sonra emzirme durumu						
İlk 30 dakika	119	64,7	24	54,5	2,723	0,436
30- 60 dakika	23	12,5	9	20,5		
61 dk ve üzeri	26	14,1	8	18,2		
Emzirme gerçekleşmedi	16	8,7	3	6,8		
Emzirme sıklığı						
<30	20	10,9	3	6,8	7,746	0,052
30-60	48	26,1	14	31,8		
60-120	93	50,5	17	38,7		
120-180	20	10,9	6	13,6		
>180	3	1,6	4	9,1		
Anne sütü artırıcı ürün/besin kullanımı						
Kullandı	106	57,6	11	25,0	15,113	0,000*
Kullanmadı	78	42,4	33	75,0		

*p<0,001

Emzirmeyle ilgili bilgi alma durumu, doğumdan sonra emzirme durumu ve emzirme sıklığıyla depresyon görülme durumu arasında istatistiksel farklılık görülmemiştir (p>0,05). Depresyon riski taşıyan annelerin anne sütü artırıcı ürün kullanımını %25,0 iken diğer anne grubunda bu değer %57,6'dır ve depresyon riski taşıyan annelerin risk taşımayan annelere göre istatistiksel olarak daha az anne sütü artırıcı besin/ürün kullandığı tespit edilmiştir (p<0,001).

4.10. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Bebeğe Ait Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çizelge 4.15'te EDDÖ puanlamasına göre bebeğin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.15. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre bebeğin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Bebeğe ait bilgiler	EDDÖ ≤ 12		EDDÖ ≥ 13		Toplam		χ^2	p
	n=184		n=44		n=228			
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyeti								
Erkek	95	51,6	16	36,4	111	48,7	3,313	0,063
Kız	89	48,4	28	63,6	117	51,3		
Doğum ağırlığı (g)								
≤2500	5	2,7	4	9,1	9	3,9	5,006	0,171
2501-3200	77	41,8	21	47,7	98	43,0		
3201-4000	89	8,4	17	38,6	106	46,5		
≥4001	13	7,1	2	4,5	15	6,6		
Ağızdan verilen ilk besin								
Kolostrum	148	80,5	38	86,3	186	81,6	1,720	0,632
Hazır mama	24	13,0	4	9,1	28	12,3		
Şekerli su	2	1,1	1	2,3	3	1,3		
Zemzem	10	5,4	1	2,3	11	4,8		

Depresyon riski taşıyan annelerin % 63,6'sının bebeği kız iken bu oran depresyon riski taşımayan annelerde % 48,4'tür. Ancak gruplardaki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bebeğin doğum ağırlığı ve bebeğe ağızdan verilen ilk besin değerlendirilmelerinde depresyon durumlarına göre farklılık tanımlanmamıştır ($p>0,05$).

4.11. Annelerin Bebek Beslenmesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

Çizelge 4.16'da annelerin bebek beslenmesine ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.16. Annelerin bebek beslenmesine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar ve beslenme bilgi puanlarının ortalama (\bar{X}), standart sapma ($\pm SS$), ortanca, alt ve üst değerleri (n=228)

İFADELER	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Doğumdan sonra bebeğe ilk olarak şekerli su verilmelidir (-)	8	3,5	205	89,9	15	6,6
2. Tek başına anne sütü ilk 6 ay yeterlidir (+)	204	89,5	22	9,6	2	0,9
3. Çay ve bisküvi çocuk için yararlıdır (-)	11	4,8	212	93,0	5	2,2
4. Su ve nişasta ile pişirilen muhallebi çocuk için faydalıdır (-)	44	19,3	148	64,5	36	15,8
5. Bir yaşına kadar çocuğa tuz verilmesinin bir sakıncası yoktur (-)	17	7,5	196	86,0	15	6,6
6. Hangi ayda başlanırsa başlansın inek sütü çocuğa sulandırılmadan verilmelidir(-)	32	14,0	146	64,0	50	21,9
7. İshalli çocuk emzirilmemelidir(-)	12	5,3	188	82,5	28	12,3
8. İshalli çocuğa su verilmemelidir(-)	29	12,7	179	78,5	20	8,8
9. Ağız sütü çocuk için çok faydalıdır(+)	225	98,7	0	0,0	3	1,3
10. Çocuğa yumurta katı pişirilerek verilmelidir(+)	96	42,1	97	42,5	35	15,4
11. Yemeğin suyu yemeğin kendisinden daha besleyicidir(-)	132	57,9	68	29,8	28	12,3
12. Kurubaklagil yemekleri 2 aylık çocuğa verilebilir(-)	4	1,8	215	94,3	9	3,9
13. Sulandırılmış süte yağ ve şeker ilave edilmelidir(+)	8	3,5	186	81,6	34	14,9
14. Yeni doğan bebek her ağladığında emzirilmelidir(+)	183	80,3	41	18,0	4	1,8
15. 0-1 yaş arası çocuklar için bal pekmezden daha besleyicidir(-)	25	11,0	173	75,9	30	13,2
16. Anne sütünün yeterli olması için tatlı yiyecekler tüketilmelidir(-)	124	54,4	91	39,9	13	5,7
17. Bebeğin ilk emzirmesine doğumdan sonra ilk yarım saat içinde başlanır(+)	224	98,2	2	0,9	2	0,9
18. Anne sütü hazır mamalardan daha yararlıdır(+)	225	98,7	3	1,3	0	0,0
19. Emziren bir anne günde ortalama en az 10 bardak su içmelidir(+)	227	99,6	1	0,4	0	0,0
20. Buzdolabından çıkarılan anne sütü ocakta ılıtıldıktan sonra bebeğe verilmelidir(-)	40	17,5	156	68,4	32	14,0
21. Şişman çocuk sağlıklı çocuktur(-)	11	4,8	214	93,9	3	1,3
22. Anne sütü alan çocuğa su verilmemelidir(+)	187	82,0	37	16,2	4	1,8
23. Anne sütü bebek için en ideal besindir(+)	226	99,1	2	0,9	0	0,0
24. Anne sütü ile beslenen bebekler hazır mama ile beslenen bebeklerden daha şişman olurlar(-)	32	14,0	183	80,3	13	5,7
	\bar{X}	SS	Ortanca	Alt	Üst	
Beslenme Bilgi Puanları	18,3	2,54	19,0	11,0	23,0	

+ = doğru ifade

- = yanlış ifade

Annelerin %12,7'si "ishalli çocuğa su verilmemelidir" ifadesini doğru olarak düşünürken; %42,5'i "çocuğa yumurta katı pişirilerek verilmelidir" ifadesinin yanlış olduğunu belirtmiştir. Ayrıca annelerin %54,4'ü anne sütünü artırmak için tatlı yiyeceklerin tüketilmesi gerektiğini düşünmektedir. En çok doğru gördükleri ifadeler "emziren anne günde en az 10 bardak su içmelidir", "anne sütü bebek için ideal besindir", "ağız sütü çocuk için çok faydalıdır" ve "anne sütü hazır mamalardan daha yararlıdır" ifadeleridir. Annelerin %21,9'u "hangi ayda başlanırsa başlansın inek sütü çocuğa sulandırılmadan verilmelidir" ifadesi hakkında bilgisi olmadığını belirtmişlerdir ve annelerin beslenme bilgi sorularından aldıkları ortalama puanı $18,3 \pm 2,54$ olarak bulunmuştur.

4.12. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Puanlamasına Göre Annelerin Beslenme Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Depresyon durumuna göre annelerin beslenme bilgi durumlarının dağılımı Çizelge 4.17'de verilmiştir.

Çizelge 4.17. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlamasına göre annelerin beslenme bilgi düzeylerinin dağılımı

	EDDÖ ≤ 12		EDDÖ ≥ 13		Toplam		χ^2	p
	n=184		n=44		n=228			
Beslenme Bilgi soruları	n	%	n	%	n	%		
Ortanca değeri altı	79	42,9	31	70,5	110	48,2		
Ortanca değeri üstü	105	57,1	13	29,5	118	51,8	10,770	0,001*

*p<0,05

EDDÖ puanlamasına göre depresyon görülen annelerin %70,5'i beslenme bilgi puanının ortanca değerinin altında iken bu oran depresyon riski taşımayan annelerde % 42,9'a kadar düşmektedir. EDDÖ puanlamasına göre annelerin beslenme bilgisi puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2= 10,770$, $p=0,001$).

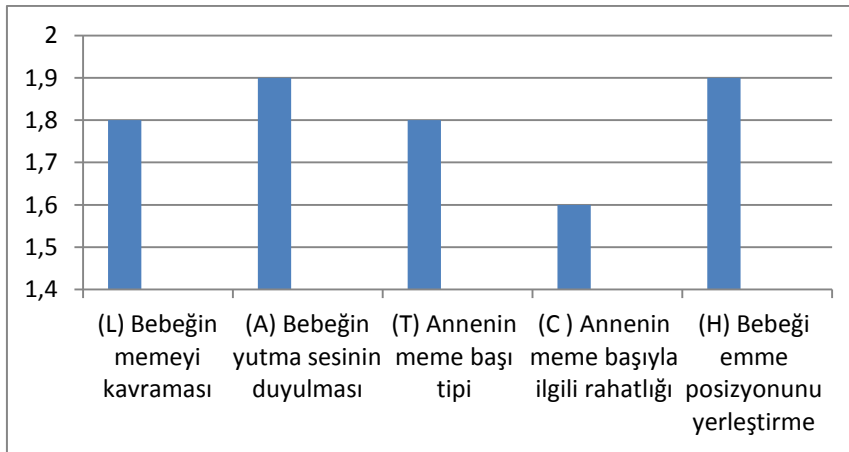
4.13. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı'na Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi

Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı puan ortalama (\bar{X}), standart sapma ($\pm SS$), ortanca, alt ve üst değerleri Çizelge 4.18'de ve Şekil 4.1.'de sunulmuştur.

Çizelge 4.18. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı'ndan aldıkları puanların dağılımı, ortalama (\bar{X}), standart sapma ($\pm SS$), ortanca, alt ve üst değerleri

LATCH Puanı	n	%		
Yetersiz emzirme eylemi (≤ 9 puan)	130	57,0		
Başarılı emzirme eylemi (10 puan)	98	43,0		
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst
(L) Bebeğin memeyi kavraması	1,8 \pm 0,46	2,0	0,0	2,0
(A) Bebeğin yutma sesinin duyulması	1,9 \pm 0,23	2,0	1,0	2,0
(T) Annenin meme başının tipi	1,8 \pm 0,39	2,0	1,0	2,0
(C) Annenin meme başıyla ilgili rahatlığı	1,6 \pm 0,49	2,0	0,0	2,0
(H) Bebeği emme pozisyonuna yerleştirme	1,9 \pm 0,35	2,0	1,0	2,0
Toplam Puan	9,0 \pm 1,26	9,00	2,00	10,00

Annelerin yalnızca % 43,0'ü tam olarak başarılı emzirme eylemi gösterirken, %57,0'si yetersiz emzirme eylemi göstermektedir. Ortalama toplam puan 9,0 \pm 1,26 iken her madde için ortalamalar sırasıyla 1,8 \pm 0,46, 1,9 \pm 0,23, 1,8 \pm 0,39, 1,6 \pm 0,49, 1,9 \pm 0,35 olarak bulunmuştur.



Şekil 4.1. Annelerin LATCH emzirme tanılama aracı puan ortalamaları

4.14. Annelerin Beslenme Bilgi Durumlarına Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi

Annelerin beslenmeye ilişkin bilgi puanlarına göre LATCH Emzirme Tanılama Aracının puan dağılımı Çizelge 4.19’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.19. Annelerin beslenmeye ilişkin bilgi puanlarına göre LATCH Emzirme Tanılama Aracının puan dağılımı

LATCH puanı	Beslenme Bilgi Puanı				χ^2	p
	Ortanca Altı		Ortanca Üstü			
	<19 n=110		>19 n=118			
	n	%	n	%		
Yetersiz emzirme eylemi (≤ 9 puan)	71	64,5	59	50,0	4,915	0,027*
Başarılı emzirme eylemi (10 puan)	39	35,5	59	50,0		

*p<0,05

Beslenme bilgi puanı ortanca altı olan annelerin %64,5’inin, emzirme bilgi puanı ortanca üstü olan annelerin %50’sinin emzirme başarı puanı 9 ve altındadır. Gruplar arasındaki bu değişimin istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir (p=0,027).

4.15. Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterliliği, Emzirme Başarısı ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi

Ailenin demografik özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH Emzirme Tanılama Aracı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanları ve anlamlılık değerleri Çizelge 4.20’de verilmiştir.

Çizelge 4.20. Ailenin bazı demografik özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH Emzirme Tanılama Aracı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden (EDDÖ) aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri (n=228)

Demografik Özellikler	Emzirme Özyeterliliği			LATCH			EDDÖ		
	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p
Annenin yaşı (yıl)									
≤18	61,0	5,29	0,407	8,3	1,15	0,405	8,7	6,03	0,838
19-30	60,6	5,86	1,798 ^a	9,0	1,29	1,808 ^a	7,2	5,79	0,353 ^a
≥31	59,2	7,05		9,0	1,21		7,4	5,91	
Annenin eğitim durumu									
Okuryazar değil	56,8	7,04	0,014*	9,2	0,96	0,749	12,0	4,08	0,000**
Okuryazar	56,3	5,77	14,320 ^a	8,7	1,53	2,678 ^a	13,7	11,02	25,287 ^a
İlkokul mezunu	58,5	7,17		8,8	1,50		9,2	6,41	
Ortaokul mezunu	58,9	6,29		8,8	1,43		8,8	5,53	
Lise/dengi okul mez	60,5	5,32		9,1	1,25		6,7	5,30	
Üniversitesi mezunu	62,0	5,81		9,1	1,00		5,0	4,95	
Annenin mesleği									
Ev hanımı	59,5	6,30	0,040*	8,9	1,34	0,581	8,0	5,87	0,000**
Memur	61,6	6,18	8,314 ^a	9,2	1,03	1,960 ^a	5,2	4,73	20,277 ^a
İşçi	60,9	5,05		9,3	1,11		10,4	7,46	
Özel sektör	63,4	4,58		9,1	0,99		2,6	2,38	
Aile tipi									
Çekirdek aile	60,4	6,33	0,176	9,0	1,21	0,268	6,9	5,71	0,055
Geniş aile	59,2	5,74	1,830 ^b	8,8	1,49	1,226 ^b	8,8	6,06	3,696 ^b

^aKruskal Wallis F, ^bMann Whitney-U *p<0,05, ** p<0,001

Emzirme özyeterlilik puanları incelendiğinde annenin eğitim durumuna göre (KW=14,320, p=0,014) ve annenin meslek durumuna göre (KW=8,314, p=0,040) farklılık görülmüştür. İkili karşılaştırmalarda anne eğitim durumunda üniversite mezunlarının ilkökul mezunu annelerden istatistiksel olarak daha yüksek emzirme öz yeterlilik puanına sahip oldukları tespit edilmiştir (p=0,002). Diğer gruplarında farklılık yoktur (p>0,05). Anne mesleğine göre özyeterlilik puanlarında farklılık görülmesine rağmen ikili karşılaştırmalarda gözlem sayısının gruplara eşit dağılmamasından farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelenememiştir. Demografik özelliklere göre LATCH Emzirme Başarısı puanlamasında istatistiksel farklılık görülmemiştir (p>0,05). EDDÖ puanlamasına göre anne eğitim durumu (p<0,001) ve mesleğinde (p<0,001) anlamlı farklılık görülmüştür. Üniversite mezunu annelerin, ilkökul (p=0,002) ve ortaokul (p=0,003) mezunu annelere göre depresyon puanının istatistiksel olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Diğer alt gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Annenin mesleğine göre EDDÖ

puanları incelendiğinde özel sektörde çalışan annelerin ev hanımı ($p=0,002$) ve işçi ($p=0,013$) olan annelerden ortalama olarak daha düşük depresyon puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer alt gruplarda istatistiksel olarak farklılık görülmemektedir. Annelerin bazı demografik özelliklerine göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDDÖ puan grafikleri ekte verilmiştir (EK 10)

4.16. Annelerin Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterliliği, Emzirme Başarısı ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi

Annelerin gebelik dönemi ve doğuma ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH Emzirme Tanılama Aracı ve EDDÖ'den aldıkları ortalama puanları ve anlamlılık değerleri Çizelge 4.21'de verilmiştir.

Çizelge 4.21. Annelerin gebelik dönemi ve doğuma ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH Emzirme Tanılama Aracı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden (EDDÖ) aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri

Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özellikler	Emzirme Özyeterliliği			LATCH			EDDÖ		
	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p
Kaçıncı doğum									
İlk	60,2	6,17	0,075	8,9	1,26	0,513	6,2	5,28	0,032*
İkinci	61,2	5,55	6,901 ^a	9,0	1,23	2,300 ^a	7,7	6,42	8,784 ^a
Üçüncü	58,0	7,39		9,1	0,98		7,8	5,38	
Dört ve üzeri	57,6	6,89		8,9	2,17		10,8	4,47	
Gebeliğin istenilen/planlı olma durumu									
İstendi/planlı	60,4	6,33	0,062	9,0	1,21	0,990	6,9	5,71	0,028*
İstenmedi/planlı değil	59,2	5,74	3,480 ^b	8,8	1,49	0,001 ^b	8,8	6,06	4,801 ^b
Doğum şekli									
Normal	60,6	6,46	0,157	8,9	1,43	0,785	7,7	6,13	0,380
Sezaryen	59,7	5,96	2,005 ^b	9,1	1,06	0,074 ^b	6,8	5,43	0,769 ^b
Düşük veya ölü doğum									
Yaptı	60,2	6,10	1,000	9,0	1,07	0,951	6,7	5,32	0,527
Yapmadı	60,2	6,29	0,000 ^b	9,0	1,33	0,004 ^b	7,4	5,97	0,400 ^b

^aKruskal Wallis F , ^bMann Whitney-U,

* $p<0,05$

Emzirme öz yeterlilik ve başarı puanları ile gebelik dönemi özelliklerine göre farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). EDDÖ puanı ise doğum sayısı ($p=0,032$) ve gebeliğin istenilen/planlı olma durumuna göre ($p=0,028$) farklılık göstermektedir. Dört ve üzerinde çocuğu olan annelerin tek çocuğu olan annelerden ortalama olarak daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu tespit edilmiştir ($p=0,039$). Diğer alt gruplar arasında farklılık yoktur ($p>0,05$). Gebeliği istenilen/planlı olmayan annelerin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ($p=0,028$). Annelerin gebelik dönemi ve doğuma ait özelliklerine göre emzirme başarısı, emzirme öz yeterliliği ve EDDÖ puan grafikleri ekte verilmiştir (EK 11).

4.17. Annelerin Emzirme Dönemine Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi

Annelerin emzirme dönemine ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH ve EDDÖ'den aldıkları aritmetik ortalama puanları ve anlamlılık değerleri Çizelge 4.22'de verilmiştir.

Çizelge 4.22. Annelerin emzirme dönemine ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH ve EDDÖ'den aldıkları aritmetik puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri

Emzirme Dönemine Ait Özellikler	Emzirme Özyeterliliği			LATCH			EDDÖ		
	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p
Emzirme ile ilgili bilgi alma durumu									
Aldı	60,8	5,78	0,059	9,0	1,27	0,208	6,6	5,92	0,009*
Almadı	59,0	6,86	3,551 ^b	8,9	1,25	1,589 ^b	8,4	5,44	6,814 ^b
Bebeğe ağızdan verilen ilk besin									
Kolostrum	60,3	6,32	0,118	9,1	1,19	0,023*	7,4	5,88	0,607
Hazır mama	60,9	5,80	5,876 ^a	8,4	1,62	9,527 ^a	7,0	5,56	0,895 ^a
Şekerli su	59,3	4,04		9,7	0,58		7,3	7,02	
Zemzem	56,4	5,37		8,5	1,13		6,0	5,53	
Anne sütü dışında besin verme durumu									
Verdi	57,5	7,64	0,000**	8,8	1,43	0,300	8,4	6,13	0,065
Vermedi	61,3	5,14	12,896 ^b	9,0	1,18	1,074 ^b	6,8	5,61	3,395 ^b

Çizelge 4.22. (devam) Annelerin emzirme dönemine ait özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH ve EDDÖ'den aldıkları aritmetik puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri

Emzirme Dönemine Ait Özellikler	Emzirme Özyeterliliği			LATCH			EDDÖ		
	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p	\bar{X}	SS	p
Emzirme sıklığı (dk)									
<30	61,1	7,31	0,116	9,2	1,17	0,511	6,4	5,29	0,025*
30-60	61,0	5,33	7,402 ^a	9,1	0,97	3,289 ^a	8,5	5,47	11,123 ^a
60-120	59,9	5,76		8,9	1,31		6,5	5,69	
120-180	60,7	5,37		8,9	1,58		6,6	6,11	
>180	51,7	12,80		8,3	1,80		12,7	7,67	
Anne sütü artırıcı ürün/besin kullanımı									
Kullandı	60,6	5,89	0,426	9,1	1,20	0,181	5,8	4,87	0,000**
Kullanmadı	59,7	6,56	0,633 ^b	8,9	1,33	1,787 ^b	8,8	6,29	13,589 ^b
İlk emzirme zamanı (İlk 24 saatte)									
İlk 1 saat içinde	60,5	6,26	0,228	9,1	1,23	0,353	6,9	5,60	0,401
1 saatten sonra	58,0	7,43	2,958 ^a	8,9	1,08	2,082 ^a	8,4	6,48	1,604 ^a
İlk 24 saatte	60,6	5,46		8,8	1,06		8,0	6,02	
Emzirme gerçekleşmedi	60,7	4,56		8,4	1,89		6,2	5,79	

^aKruskal Wallis F, ^bMann Whitney-U *p<0,05, **p<0,001

Anne sütü dışında besin verme durumuyla emzirme öz yeterlilik puanları arasında farklılık tespit edilmiş olup; (p<0,001) öz yeterlilik puanı anne sütü dışında besin vermeyenlerde ortalama olarak daha yüksektir. Emzirme özyeterlilik puanlarında diğer gruplara göre farklılık görülmemiştir (p>0,05). Emzirme ile bilgi alan annelerde almayanlara göre depresyon puanı ortalama olarak daha düşüktür (p=0,009). Emzirme sıklığı ve EDDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,025). Emzirme sıklığı 180 dakikadan fazla olan annelerde depresyon puanı diğer tüm gruplara göre istatistiksel olarak farklı ve daha yüksektir (p<0,05). Diğer alt gruplarda istatistiksel olarak fark saptanamamıştır (p>0,05). Annelerin Emzirme Dönemine Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDDÖ puan grafikleri ekte verilmiştir (EK 12).

4.18. Bebeğin Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve Depresyon Görülme Durumlarının Değerlendirilmesi

Bebeğin özelliklerine göre Emzirme Öz Yeterlilik, LATCH, EDDÖ aldıkları puan ortalamaları ($\bar{X} \pm SS$) ve anlamlılık değerleri Çizelge 4.23'te verilmiştir.

Çizelge 4.23. Bebeğin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik, LATCH ve EDDÖ'den aldıkları puan ortalamaları ve anlamlılık değerleri

Bebeye ait Özellikler	Emzirme			LATCH			EDDÖ		
	\bar{X}	SS	p/MW/KW	\bar{X}	SS	p/MW/KW	\bar{X}	SS	p/MW/KW
Cinsiyeti									
Erkek	60,2	6,25	0,898	9,0	1,24	0,540	6,8	5,36	0,444
Kız	60,2	6,23	MW=0,017	8,9	1,29	MW=0,376	7,6	6,19	MW=0,585
Doğum ağırlığı (g)									
≤2500	59,0	6,40		8,6	1,33		10,4	5,96	
2501-3200	59,7	6,48	0,643	9,1	1,18	0,544	7,4	6,03	0,373
3201-4000	60,6	6,23	KW=1,672	1,9	1,37	KW=2,137	6,9	5,69	KW=3,112
≥4001	61,3	4,27		9,3	0,89		6,5	4,81	

Bebeğin cinsiyeti ve doğum ağırlığına göre emzirme öz yeterlilik, LATCH ve EDDÖ puanlarında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

4.19. Annelere uygulanan ölçek ve araçların değerlendirilmesi

Çizelge 4.24'te annelere uygulanan ölçek ve araçların ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), ortanca, alt, üst değerleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.24. Annelere uygulanan ölçek ve araçların aritmetik ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), ortanca, alt, üst değerleri

Ölçekler	\bar{X}	SS	Ortanca	Alt	Üst
EDDÖ	7,3	5,81	6,0	0,0	25,0
Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	60,2	6,23	61,0	30,0	70,0
LATCH	9,0	1,26	9,0	3,0	10,0
Beslenme Bilgi Puanları	18,3	2,54	19,0	11,0	23,0

Annelerin EDDÖ'nden aldığı ortalama puan $7,3\pm 5,81$, Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği'nden aldığı ortalama puan $60,2\pm 6,23$, LATCH'dan aldığı ortalama puan $9,0\pm 1,26$ ve beslenme bilgi puanlarının ortalama değerleri $18,3\pm 2,54$ olarak tespit edilmiştir.

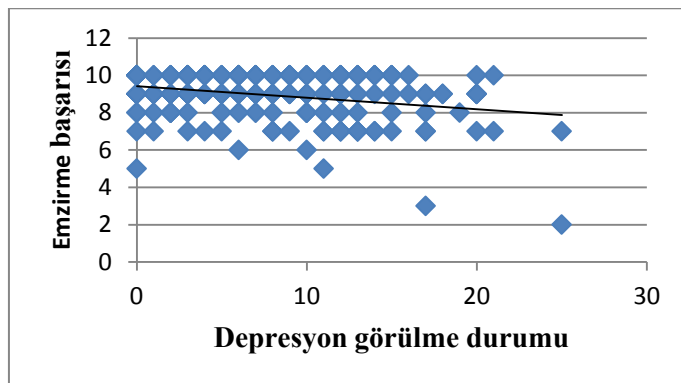
Çizelge 4.25'te annelerde depresyon görülme durumuna göre Emzirme Öz yeterliliği, Emzirme Başarısı ve beslenme bilgi düzeylerinin ortalama puanları ve anlamlılık değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.25. Annelerde depresyon görülme durumuna göre Emzirme Öz yeterliliği, Emzirme Başarısı ve beslenme bilgi düzeylerinin ortalama puanları ve anlamlılık değerleri (n=228).

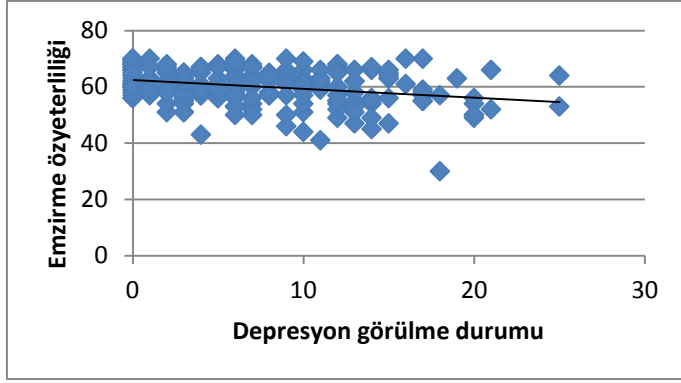
	EDDÖ ≤ 12	EDDÖ ≥ 13	test değeri	
	n=184	n=44	t testi	p
Emzirme öz yeterliliği	60,9±5,57	56,9±7,72	3,456	0,001*
Emzirme başarısı (LATCH)	9,1±1,07	8,4±1,78	2,397	0,017*
Beslenme bilgi düzeyi	18,3±3,00	17,2±2,81	2,742	0,006*

*p<0,05

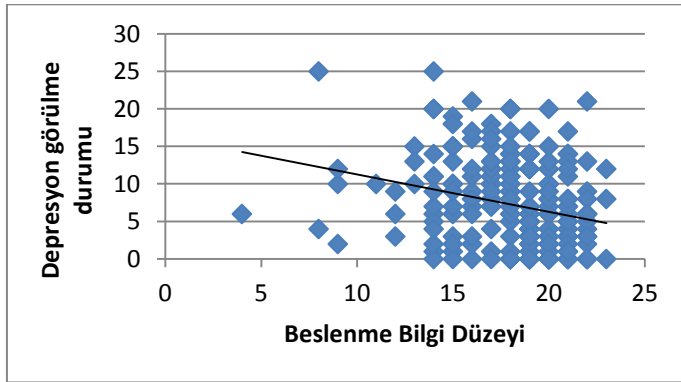
Depresyon görülme durumu açısından riskli olan annelerin emzirme özyeterliliği daha düşüktür (p=0,001). Ayrıca annelerin emzirme başarısı depresyon riski olan grupta daha düşük olarak bulunmuştur (p=0,017). Depresyon riski taşıyan annelerin beslenme bilgi düzeyi ortalama puanı diğer gruba göre daha düşüktür (p=0,006). Bireylerin depresyon görülme durumlarına göre emzirme başarıları, emzirme öz yeterlilikleri ve beslenme bilgi düzeyleri Şekil 4.2, Şekil 4.3 ve Şekil 4.4'te sunulmuştur.



Şekil 4.2. Bireylerin depresyon görülme durumlarına göre emzirme başarıları



Şekil 4.3. Bireylerde depresyon görülme durumuna göre emzirme öz yeterlilikleri



Şekil 4.4. Bireylerde depresyon görülme durumuna göre beslenme bilgi düzeyi

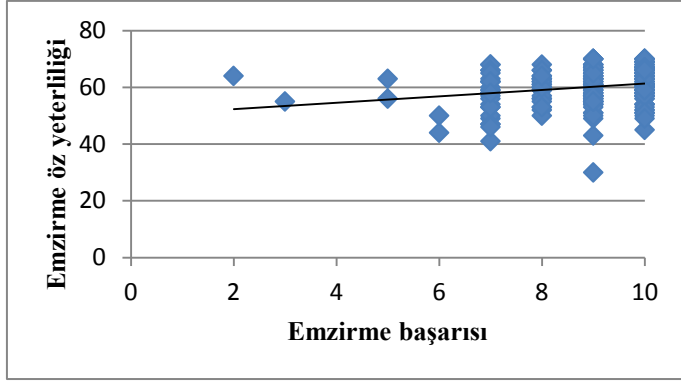
Çizelge 4.26'da annelerin emzirme başarısına göre emzirme öz yeterliliği, EDDÖ ve beslenme bilgi düzeyi ortalama puanları ve anlamlılık değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.26. Annelerin emzirme başarısına göre emzirme öz yeterliliği, EDDÖ ve beslenme bilgi düzeyi ortalama puanları ve anlamlılık değerleri

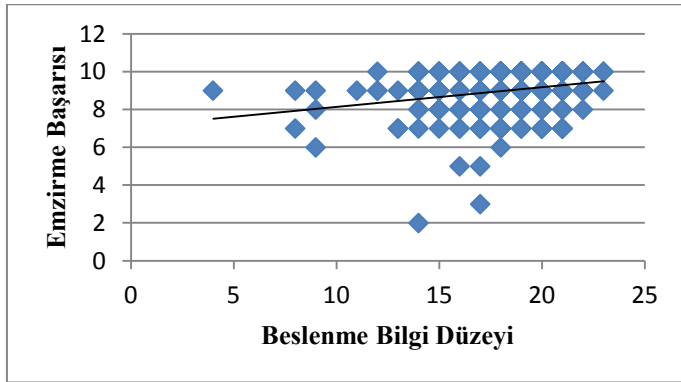
	LATCH ≤ 9	LATCH =10	t testi	p
Emzirme öz yeterliliği	59,0 \pm 6,53	61,7 \pm 5,47	3,259	0,001*
EDDÖ	7,9 \pm 6,16	6,4 \pm 5,19	1,763	0,078
Beslenme bilgi düzeyi	17,4 \pm 3,34	18,9 \pm 2,22	3,242	0,001*

*p<0,05

Başarılı emzirme eylemi gösteren annelerin emzirme özyeterliliği ve beslenme bilgi düzeyleri yetersiz emzirme eylemi gösteren annelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Bireylerin emzirme başarılarına göre emzirme öz yeterlilik ve beslenme bilgi düzeyleri Şekil 4.5 ve Şekil 4.6'de verilmiştir.



Şekil 4.5. Bireylerin emzirme öz yeterliliğine göre emzirme başarıları



Şekil 4.6. Bireylerin beslenme bilgi düzeyine göre emzirme başarıları

4.20. Annelerin BKİ Sınıflandırmalarına Göre EDDÖ, LATCH, Öz yeterlilik ve Beslenme Bilgi Puanları Arasındaki Korelasyonların Değerlendirilmesi

Annelerin BKİ sınıflandırmalarına göre EDDÖ, LATCH, Öz yeterlilik ve beslenme bilgi puanları arasındaki korelasyonlar Çizelge 4.27’de verilmiştir.

Çizelge 4.27. Annelerin BKİ sınıflandırmalarına göre EDDÖ, LATCH, Özyeterlilik ve beslenme bilgi puanları arasındaki korelasyonlar (r)

Normal Ağırlık			Hafif Şişman			Şişman			Toplam (n=228)		
Beslenme Bilgi Puanı			Beslenme Bilgi Puanı			Beslenme Bilgi Puanı			Beslenme Bilgi Puanı		
	r	p		r	p		r	p		r	p
EDDÖ	-0,263	0,019**	EDDÖ	-0,251	0,016**	EDDÖ	-0,285	0,000*	EDDÖ	-0,407	0,002**
LATCH	0,373	0,001**	LATCH	0,251	0,016**	LATCH	0,255	0,000*	LATCH	0,111	0,420
Özyeterlilik	0,318	0,004**	Özyeterlilik	0,103	0,329	Özyeterlilik	0,249	0,000*	Özyeterlilik	0,380	0,004**
	EDDÖ			EDDÖ			EDDÖ			EDDÖ	
LATCH	-0,120	0,293	LATCH	-0,247	0,018**	LATCH	-0,193	0,003**	LATCH	-0,194	0,156
Özyeterlilik	-0,338	0,002**	Özyeterlilik	-0,156	0,138	Özyeterlilik	-0,265	0,000*	Özyeterlilik	-0,319	0,017**
	LATCH			LATCH			LATCH			LATCH	
Özyeterlilik	0,320	0,004**	Özyeterlilik	0,222	0,034**	Özyeterlilik	0,243	0,000*	Özyeterlilik	0,158	0,249

*p<0,001, **p<0,05

Beslenme bilgi puanı toplamı tüm annelerde bütün ölçekler ile istatistiksel olarak ilişkili olup depresyon ölçeği ile ters yönde %28,5; emzirme başarısı ile aynı yönde %25,5 ve Emzirme Özyeterliliği ile %24,9'luk aynı yönlü ilişkiye sahiptir. Şişman annelerin beslenme bilgi puanı ile Edinburgh Doğum sonrası Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişki ters yönde %40,7'ye kadar yükselmektedir. BKİ'sine göre vücut ağırlığı normal olanlarda emzirme başarısı ve özyeterlilik puanlarının beslenme bilgisi puanı ile olan ilişkisi sırasıyla aynı yönde %37,3 ve %31,8 olarak elde edilmiştir. Edinburg Doğum sonrası Depresyon Ölçeği puanı, emzirme başarısı ve özyeterliliği ile ters yönde sırasıyla %19,3 ve %26,5 olarak istatistiksel ilişkiye sahiptir. Emzirme başarısı ile emzirme özyeterliliği arasında aynı yönde (%24,3) pozitif bir ilişki vardır. BKİ'sine göre vücut ağırlığı normal olan bireylerde bu ilişki %32'ye kadar çıkmaktadır.

4.21. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Emzirme Öz Yeterlilik, Beslenme Bilgi Puanı ve LATCH Emzirme Başarı Puanına Olan Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Modelleri İle Gösterimi

Çizelge 4.28.'de EDDÖ'nin Emzirme Öz Yeterlilik, Beslenme Bilgi Puanı ve LATCH Emzirme Başarı Puanına olan etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Modelleri ile gösterimi sunulmuştur.

Çizelge 4.28. EDDÖ'nin emzirme öz yeterlilik, beslenme bilgi puanı ve LATCH emzirme başarı puanına olan etkisinin basit doğrusal regresyon modelleri ile gösterimi

	Model	Test Değeri (p)	İlişki Katsayısı	Açıklama Oranı
Emzirme öz yeterliliği	62,445-0,315 Edinburg puanı	15,997 (0,000)*	0,257	0,066
Emzirme başarısı (LATCH)	9,419-0,062 Edinburg puanı	19,934 (0,000)*	0,285	0,081
Beslenme bilgi düzeyi	19,005-0,133 Edinburg puanı	21,296 (0,000)*	0,293	0,086

*p<0,001

EDDÖ puanı ile emzirme öz yeterliliği arasında %25,7; LATCH ile %28,5 ve beslenme bilgi düzeyi ile %29,3 düzeyinde ilişki elde edilmiştir. İlişkiler tüm puanlarda ters yönlüdür. EDDÖ puanının 1 puan artması ortalama olarak öz yeterlilikte 0,315 puan, emzirme başarısında (LATCH) 0,062; beslenme bilgi düzeyinde 0,133 puan düşüşe sebep

olmaktadır. Tüm modeller %95 güven düzeyinde anlamlıdır ancak açıklama oranları %10 civarındadır.

4.22. Annelerin Antropometrik Ölçümlerine Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi

Çizelge 4.29'da annelerin antropometrik ölçümlerine göre LATCH Emzirme Tanılama Aracından aldıkları puanların ortalama, standart sapma ve anlamlılık değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.29. Annelerin antropometrik ölçümleri göre LATCH Emzirme Başarısı Tanılama Aracından aldıkları puanların ortalama, standart sapma ve önemlilik değerleri (n=228)

Antropometrik Ölçümler	LATCH Emzirme Başarı Puanları					
	9 ve altı puan		10 Puan		MW	p
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Vücut ağırlığı (kg)	69,8	11,64	68,6	12,27	-0,749	0,454
Boy uzunluğu (m)	160,0	6,17	159,8	6,00	-0,433	0,665
BKİ (kg/m ²)	27,2	4,34	26,9	4,67	-0,564	0,573
Bel çevresi (cm)	88,5	10,92	85,5	13,71	-1,928	0,054
Kalça çevresi (cm)	105,3	8,89	104,5	9,31	-0,523	0,601
Bel /kalça	0,84	0,07	0,83	0,06	-1,826	0,068
Vücut yağ yüzdesi (%)	33,3	6,35	34,0	7,81	-0,961	0,336
Vücut su yüzdesi (%)	47,3	4,29	46,6	4,86	-1,370	0,171
Abdominal yağlanma kat	4,5	2,43	5,2	6,66	-0,125	0,901
Yağsız kütle (kg)	43,3	5,06	41,9	4,63	-2,264	0,024*
Kemik kütlesi (kg)	2,3	0,23	2,3	0,19	-2,290	0,022*
Bazal metabolizma hızı (kcal)	1426,2	142,94	1392,6	127,36	-1,646	0,100

*p<0,05

Yağsız kütle ve kemik kütlesiyle LATCH emzirme başarı puanları farklılık göstermektedir (p=0,24, p=0,22). Diğer antropometrik ölçümlerde istatistiksel olarak LATCH puanlarına göre anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0.05).

4.23. Annelerin Günlük Diyetle Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Değerlendirilmesi

Annelerin günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) alt ve üst değerleri Çizelge 4.30'da verilmiştir.

Çizelge 4.30. Annelerin günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri (n=228)

Enerji ve besin öğeleri	\bar{X}	SS	Alt	Üst
Enerji (kkal)	2068,9	522,58	690,2	3603,3
Karbonhidrat(g)	253,0	83,32	72,1	493,5
Karbonhidrat(%)	49,5	7,77	26,0	71,0
Protein (g)	66,0	19,47	18,1	180,3
Protein(%)	13,3	2,99	8,0	30,0
Yağ (g)	85,7	24,58	13,9	177,8
Yağ(%)	37,2	7,20	11,0	56,0
DYA (g)	29,8	10,41	3,1	71,4
ÇDYA (g)	20,4	10,86	2,6	78,7
TDYA (g)	29,6	9,05	4,1	63,0
Kolesterol (mg)	301,1	148,29	33,2	1247,4
Omega 3 (g)	1,5	1,16	0,3	13,1
Omega 6 (g)	18,8	10,37	2,1	65,5
Posa (g)	22,8	8,80	6,1	68,6

Bireylerin aldıkları ortalama enerji, karbonhidrat, protein, yağ değerleri sırasıyla 2068,9±522,58 kkal, 253,0±83,32 g, 66,0±19,47g, 85,7±24,58 g.'dır.

Çizelge 4.31'de annelerin günlük diyetle aldıkları vitamin miktarlarının ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.31. Annelerin günlük diyetle aldıkları vitamin miktarlarının aritmetik ortalama, standart sapma, alt, üst değerleri (n=228)

Vitaminler	\bar{X}	SS	Alt	Üst
A Vitamini (µg)	1241,5	1354,08	162,8	13306,5
D Vitamini (µg)	1,3	2,62	0,0	3,0
E Vitamini (mg)	19,2	9,67	3,0	56,6
K vitamini (µg)	335,7	194,10	76,4	1267,3
C Vitamini (mg)	116,8	71,46	4,3	433,2
Tiamin (mg)	0,9	0,31	0,3	2,0
Riboflavin (mg)	1,3	0,40	0,4	2,7
Niasin (mg)	11,9	5,63	3,3	42,7
Folik Asit (µg)	346,0	117,55	93,8	854,4
B ₆ Vitamini (µg)	1,6	0,50	0,6	2,9
B ₁₂ Vitamini (µg)	3,4	2,24	0,3	14,8
Pantotenik asit(mg)	4,9	1,52	1,7	11,0

Günlük alınan A vitamini, C vitamini ve folik asit alımları sırasıyla $1241,5 \pm 1354,08$ µg, $116,8 \pm 71,46$ mg ve $346,0 \pm 117,55$ µg olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 4.32’de annelerin günlük diyetle aldıkları mineral miktarlarının ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS), alt, üst değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.32. Annelerin günlük diyetle aldıkları mineral miktarlarının aritmetik ortalama, standart sapma, alt, üst değerleri (n=228)

Mineraller	\bar{X}	SS	Alt	Üst
Potasyum (mg)	2516,8	833,34	921,0	5736,
Kalsiyum (mg)	601,4	268,56	83,7	1642,2
Demir (mg)	12,0	3,91	4,7	26,5
Çinko (mg)	9,2	2,67	2,8	15,6
Magnezyum (mg)	256,2	100,00	87,7	819,3
Fosfor (mg)	1071,3	306,15	357,6	1995,5
Bakır (mg)	1,6	0,53	0,6	3,3

Annelerin günlük kalsiyum alımları ortalama $601,4 \pm 268,56$ mg, demir alımları ise $12,0 \pm 3,91$ mg olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.33’de annelerin besin ögesi alımlarının yeterlilik düzeyleri verilmiştir.

Çizelge 4.33. Annelerin besin ögesi alımlarının yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi (n=228)

Besin ögesi	Yetersiz (<%67)		Yeterli (%67-133)		Fazla (>%133)	
	n	%	n	%	n	%
Karbonhidrat(g)	9	3,9	90	39,5	129	56,6
Protein (g)	36	15,8	178	78,1	14	6,1
Omega 3(g)	70	30,7	139	61,0	19	8,3
Omega 6(g)	55	24,1	92	40,4	81	35,5
Posa (g)	146	64,1	81	35,5	1	0,4
A vitamini(µg)	28	12,3	110	48,2	90	39,5
E vitamini (mg)	29	12,7	97	42,5	102	44,8
K vitamini (µg)	-	-	15	6,6	213	93,4
B ₁ vitamini (mg)	126	55,3	97	42,5	5	2,2
B ₂ vitamini (mg)	41	18,0	171	75,0	16	7,0
Niasin (mg)	141	61,8	80	35,1	7	3,1
B ₆ vitamini (mg)	65	28,5	153	67,1	10	4,4
B ₁₂ vitamini (µg)	51	22,4	79	34,6	98	43,0
Folat (µg)	174	76,3	53	23,2	1	0,4
Pantotenik asit (mg)	68	29,8	151	66,2	9	3,9
C vitamini (mg)	41	18,0	93	40,8	94	41,2
Potasyum(mg)	182	79,8	46	20,2	-	-
Kalsiyum(mg)	138	60,5	87	38,2	3	1,3
Demir (mg)	216	94,7	12	5,3	-	-
Çinko(mg)	63	27,6	157	68,9	8	3,5
Magnezyum(mg)	108	47,4	112	49,1	8	3,5
Fosfor(mg)	3	1,3	73	32,0	152	66,7
Bakır (mg)	2	0,9	71	31,1	155	68,0

Araştırmaya katılan annelerin %56,6’sı karbonhidratı fazla tüketmekte, %78,1’i proteini yeteri kadar tüketmekte ve %64,1’i posayı yetersiz miktarda tüketmektedir. Annelerin %76,3’ü folik asiti, %60,5’i kalsiyumu ve %94’ü demiri yetersiz tüketmektedir.

4.24. Annelerin EDDÖ Puanlarına Göre Günlük Diyetle Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Değerlendirilmesi

Çizelge 4.34. Annelerde depresyon risk durumuna göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

Enerji ve besin öğesi	EDDÖ ≤12				EDDÖ ≥13				MW	p
	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst		
Enerji (kkal)	2070,53	512,97	1045,69	3504,94	2061,89	567,18	690,20	3603,33	-0,066	0,947
Karbonhidrat (g)	252,7	82,99	72,07	493,54	256,22	85,58	93,96	461,86	-0,148	0,883
Protein(g)	66,48	19,50	27,12	180,31	64,20	19,45	18,13	127,49	-0,673	0,501
Yağ (g)	85,99	24,18	13,86	177,77	84,26	26,41	26,11	143,97	-0,135	0,893
Omega 3 (g)	1,48	1,20	0,36	13,05	1,48	0,97	0,33	6,85	-0,383	0,702
A vitamini (µg)	1216,25	1298,68	162,79	13306,51	1347,07	1577,15	226,95	8246,24	-0,868	0,386
E vitamini (mg)	19,01	9,60	3,02	56,61	20,1	10,02	3,4	47,9	-0,668	0,504
K vitamini (µg)	338,72	184,26	81,53	1055,39	323,09	232,78	76,35	1267,26	-1,229	0,219
C vitamini (mg)	115,73	66,49	10,94	433,24	121,49	90,09	4,27	378,48	-0,433	0,665
Tiamin (mg)	0,95	0,31	0,36	2,00	0,90	0,30	0,34	1,73	-0,855	0,393
Riboflavin (mg)	1,31	0,40	0,46	2,67	1,20	0,38	0,36	2,39	-1,585	0,113
Niasin (mg)	11,89	5,75	3,25	42,65	11,70	5,14	3,69	29,71	-0,019	0,985
Folik Asit (µg)	349,29	119,51	93,80	854,43	332,25	109,17	149,78	669,87	-0,697	0,486
B ₆ vitamini (µg)	1,55	0,48	0,58	2,87	1,51	0,57	0,56	2,79	-0,550	0,583
B ₁₂ vitamini (µg)	3,56	2,25	0,30	14,82	2,95	2,16	0,5	9,6	-2,140	0,032*
Potasyum(mg)	2549,08	791,24	920,97	4773,38	2381,72	989,21	922,33	5736,39	-1,789	0,074
Kalsiyum(mg)	614,58	271,71	158,56	1642,20	546,16	250,42	83,7	1266,0	-1,417	0,156
Demir (mg)	12,03	3,93	4,70	23,85	11,59	3,83	5,1	26,5	-0,546	0,585
Çinko(mg)	9,28	2,70	3,55	15,57	8,75	2,54	2,78	14,81	-1,025	0,305
Magnezyum(mg)	259,86	103,16	87,70	819,25	240,89	84,91	103,70	445,02	-0,850	0,395
Fosfor(mg)	1087,62	312,22	440,65	1995,46	1003,26	272,16	357,60	1559,27	-1,501	0,133
Bakır (mg)	1,62	0,54	0,62	3,30	1,56	0,47	0,56	2,54	-0,225	0,822

*p<0,05

Çizelge 4.34'te annelerde depresyon riski durumuna göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin aritmetik ortalama, standart sapma (SS), alt ve üst değerleri verilmiştir. Sadece B₁₂ vitamininde depresyon gruplarına göre istatistiksel farklılık görülmüştür. Depresyon ölçeği puanı 12 ve altında olan depresyon riski taşımayan grupta B₁₂ vitamini ortalama olarak daha fazla tüketilmiştir (MW=-2.140, p=0,032). Diğer değişkenlerin depresyon durumuna göre ortalama tüketimleri bakımından istatistiksel farklılık görülmemiştir (p>0,05).

4.25. Bireylerin Besin Gruplarına Göre Tüketim Miktarlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 4.35'te bireylerin besin gruplarına göre tüketim miktarlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.35. Bireylerin besin gruplarına göre tüketim miktarlarının ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri (n=228)

Besin Grupları	\bar{X}	SS	Alt	Üst
Et grubu (g)				
Kırmızı et	37,2	46,44	0	210,0
Kümes hayvanları	26,7	13,25	0	105,0
Balık	24,6	21,44	0	280,0
Yumurta	38,5	28,41	0	150,0
Kurubaklagiller	13,8	28,77	0	160,0
Yağlı tohumlar	4,01	13,59	0	160,0
Süt grubu (g)				
Süt, yoğurt	135,1	139,26	0	645,0
Peynir	46,7	34,60	0	150,0
Tahıllar (g)				
Ekmek	160,7	96,26	0	525,0
Diğer tahıllar	93,1	76,01	0	347,0
Kek, kurabiye	23,4	47,04	0	280,0
Sebzeler (g)	342,5	196,72	0	1239,0
Meyveler (g)	200,3	191,81	0	1000,0
Yağlar (g)	36,2	20,28	0	123,0
Şeker (g)	27,6	36,00	0	220,0

Çalışmaya katılan bireylerin günlük ortalama olarak 46,7±34,60 g peynir, 135,1±139,26 g süt ve yoğurt, 200,3±191,81 g meyve, 36,2±20,28 g yağ tüketmektedir.



5. TARTIŞMA

Doğum sonrası dönem kadınların, yaşamın diğer dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşadığı ve daha fazla adaptasyon sürecine ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Annenin doğum sonrası dönemde yaşadığı depresif sorunlar aile içinde ilişkilerini olumsuz etkileyerek problemler yaşamasına sebep olmaktadır [33]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre 6 aydan daha kısa süre emziren annelerin emzirmeyi bırakma nedenleri arasında ilk sırada (%47,6) anne sütünün yok/yetersiz olduğu düşüncesi gelmektedir [201]. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre annelerin sadece % 49,9'unun doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiği tespit edilmiştir [22]. Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için annenin emzirme öz yeterliliğinin yüksek olması önemlidir [26]. Annelerin emzirmeye ilişkin hissettikleri yeterlilik ve güven duyguları arttıkça bebeklerini daha başarılı emzirdiği, daha etkili emzirdikçe de özgüvenlerinin arttığı bilinmektedir [202].

5.1. Aileye Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada annelerin ortalama yaşı $27,96 \pm 5,25$ yıl olarak tespit edilmiştir. Emzirme öz yeterliliği ve başarısının değerlendirildiği farklı çalışmalarda da bu çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur [32, 203]. Yapılan bir çalışmada annelerin %47,2'si lise ve üzeri okul mezunu olup %71,8'i ev hanımıdır [204]. Bu çalışmada ise annelerin %56,1'i lise ve üzeri, benzer şekilde %72,8'i ev hanımı olup, eşlerinin %35,9'unun üniversite mezunu olmakla birlikte %3,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak babaların sadece %9,4'ü üniversite mezunu olduğu fakat bu çalışmaya benzer şekilde %4,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir [5]. Babalar arasındaki eğitim düzeyindeki farklılık çalışmanın yapıldığı bölge ve yerleşim yerinden kaynaklanabilir. Ailelerin %81,6'sı çekirdek aile olup yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir [5, 32] (Çizelge 4.1.).

5.2. Annelerin Gebelik ve Doğuma Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Gebeliğin istenme durumu, gebelik haftası, doğum şekli vb. özelliklerin doğum sonrası gelişen psikolojik bozuklukların etiolojisinde rol aldığı bilinmektedir [44]. Bu çalışmada annelerin %74,6'sı gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmiş ve %52,2'si normal doğum

yapmıştır (Çizelge 4.2.). Yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde annelerin %73,3'ü gebeliğinin istenmiş/planlanmış olduğunu belirtmiş ve %56,7'si normal doğum yapmıştır [5]. Bu çalışmada ortalama gebelik haftası da $38,94 \pm 1,13$ hafta olarak belirlenmiş olup benzerlik gösteren çalışma mevcuttur [203]. Ayrıca kadınların gebelik dönemlerinde % 89'unun besin desteği aldığı ve sırasıyla yaygın olarak demir, folik asit ve multivitamin / mineral (%72,5, %70,4, %62,6) kullandıkları tespit edilmiştir (Çizelge 4.2.). Yapılan başka bir çalışmada ise olguların % 61'inin gebelik süresince demir preparatları, %71,6'sının vitamin ilaçları kullandığı saptanmıştır [205]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre gebelik döneminde en fazla kullanılan besin desteği (%43,5) demir olup, bunu multivitamin/mineral (%27,1) ve folik asit (%15,1) kullanımı izlemektedir [201]. Bu durum annelerin gebelik döneminde yaygın olarak görülen anemi durumunu ve en sık rastlanan doğumsal anomalilerden nöral tüp defektlerini önlemek amaçlı doktorlar tarafından önerilen folik asit kullanımlarından kaynaklanabilir.

5.3. Annelerin Emzicilik Dönemine Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Başarılı bir emzirmenin temel etmenleri annenin bebeği memede tutuşu ve bebeğin memeye doğru bir şekilde yerleşmesi, emzirmenin uygun sürede ve sıklıkta olmasıdır [25]. Doğum eylemi sonrasında gerçekleştirilen emzirme uygulamaları başarılı emzirme için ilk adımdır. Bebeğin doğumdan sonra yarım saat içerisinde emzirmeye başlanması, ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi önerilmektedir [71]. Doğumdan sonraki ilk iki saatlik süre hassas dönem olarak değerlendirilmekle birlikte başarılı emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için en uygun zamanı oluşturmaktadır [26].

Bu çalışmada doğumdan hemen sonra annelerin %62,8'i ilk yarım saat içinde, %76,8'i ilk bir saatte ve %91,7'si ilk gün içinde bebeğini emzirdiğini belirtmiştir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre annelerin %49,9'unun doğumdan sonra ilk bir saat içinde, %70,2'sinin ilk 1 gün içinde bebeklerini emzirdiği tespit edilmiştir [22]. Yapılan başka bir çalışmada ise annelerin %69,6'sının ilk bir saat içinde bebeğini emzirdiği saptanmıştır [206]. Bu çalışmada annelerin %64,9'unun emzirmeyle ilgili bilgi aldığı tespit edilmiştir. Anne sütü ve emzirmeyle ilgili bilgi alma durumlarının araştırıldığı farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar çıkmıştır [206, 207]. Annelerin gebelik ve emzirme dönemine göre bilgi alma durumları yetersiz kalmaktadır. Gereksinimlerine uygun olarak hazırlanan eğitim programları çerçevesinde daha fazla anneye ulaşılması gerekmektedir.

Sık emzirme, süt üretiminde artışla birlikte süt çocuğunun sağlıklı büyüme-gelişimini sağlamaktadır. Bu çalışmada emzirme sıklığı ortalama $102,91 \pm 53,79$ dakika olarak tespit edilmiştir. Annelerin %48,2'si 61-120 dk., %11,4'ü 121-180 dk. aralıkla bebeğini emzirdiğini belirtmiştir (Çizelge 4.3.). Başka bir çalışmada ise annelerin %47,4'ü bebeğini her ağladığında, annelerin %12,8'i ikişer saatlik aralıklarla bebeğini emzirdiğini belirtmiştir [207]. Bebeğini seyrek aralıkla emzirenlerin sayısı önemsenecek derecede fazladır. Verimli süt salınımını sağlamak için annelerin bebeklerini daha sık ve bebek her ağladığında emzirmesi önerilmektedir.

Anne sütünü arttırmak için bebeklerin erken emzirmeye başlanması, annenin bebeği görmesi, kucağına alması, sık sık emzirmesi, memelerin boşalması, annenin istirahat etmesi ve yeterli uyumalarının sağlanması gibi girişimler önemlidir. Bu yöntemler dışında anneler çeşitli besin ve süt arttırıcı ürünlere başvurmaktadır [208]. Bu çalışmada annelerin %51,3'ünün anne sütünü arttırmak amaçlı besin/ürün kullandığını annelerin en fazla su (%34,2), anne sütü arttırıcı çay (%34,2), ve rezene çayı (%30,8) tükettikleri tespit edilmiştir (Çizelge 4.4.). Başka bir çalışmada annelerin %80,1'inin anne sütünü arttırmak amaçlı yaptığı uygulamalardan en fazla tercih edilenin su ve sulu besin tüketimi gibi geleneksel uygulamaların olduğu belirlenmiştir. Annelerin %30,1'inin anne sütü arttırmak amaçlı bitkisel çay kullandığı ve en fazla tercih edilen çayın rezene olduğu tespit edilmiştir [209]. Yapılan bir başka çalışmada annelerin anne sütünü artırdığını düşündüğü besinlerin sütlü tatlı (%58), bitkisel çay (%57,5) ve su (%50) olduğu belirlenmiştir [210]. Annenin bilgisi, bebeği emzirme sıklığı, doğumdan hemen sonra emzirmeye başlaması, sütünün varlığı ve kendine olan güveni başarılı bir emzirme sürecinin başlamasında önemli olabilir.

5.4. Bebeğe Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çocuğun beslenme durumunun değerlendirilmesinde büyümenin izlenmesi temel parametre olup vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresinin belirli aralıklarla ölçülüp referans eğrileri üzerinde işaretlenmesi şeklinde yapılmaktadır. Ebeveynler, sağlıklı doğmasını hayal ettikleri bebeklerinin prematüre doğması durumunda kaygı ve endişe yaşamaktadır. Ayrıca annenin bebek bakımı konusunda bilgisinin yetersiz olması, ruhsal yönden desteklenmemesi, çocuğun gereksinimlerini bilmemesi gibi durumlar annedeki kaygı ve endişeyi daha fazla arttırmaktadır [211, 212].

Bu çalışmada bebeklerin %48,7'sinin erkek, %51,3'ünün kız bebek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5.). Başka bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde bebeklerin , %48,4'ünün erkek, %51,6'sının kız olduğu saptanmıştır [44]. Bu çalışmada bebeklerin %46,5'inin 3201-4000 gram aralığında doğduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5.). Yapılan bir çalışmada miadında doğan bebeklerin doğum ağırlıkları benzer şekilde kız ve erkek bebeklerde sırasıyla ortalama olarak 3348 ± 484 g, 3441 ± 499 g olarak tespit edilmiştir [213]. Bu çalışmada bebeklerin şu anki vücut ağırlıkları; 0-3 arasındaki bebeklerde $5268,1 \pm 1158,53$ g iken 4-6 aylık bebeklerde $7260,6 \pm 1005,26$ g'dır. Boy uzunlukları 0-3 ve 4-6 aylık grupta sırasıyla ortalama olarak $54,6 \pm 3,51$ cm ve $62,3 \pm 4,27$ cm iken baş çevreleri de yine aynı gruplar için sırasıyla $38,0 \pm 1,76$ cm ve $41,1 \pm 1,80$ cm olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.). TBSA 2010 verilerine göre 0-3 ay arasındaki erkek bebeklerin vücut ağırlıkları 5300 ± 1200 g; 4-6 ay arasındaki erkek bebeklerin ise 7600 ± 1100 g.'dir. Erkek bebeklerin boy uzunlukları 0-3 ve 4-6 aylık grupta sırasıyla ortalama olarak $57,2 \pm 4,6$ cm ve $66 \pm 4,4$ cm iken baş çevreleri de yine aynı gruplar için sırasıyla $39,1 \pm 2,4$ cm ve $42,8 \pm 1,9$ cm olarak bulunmuştur. TBSA 2010 verilerine göre kız bebeklerin 0-3 aylık ve 4-6 aylık dönemde vücut ağırlıkları sırasıyla 5000 ± 1200 g, 7100 ± 900 g; boy uzunlukları sırasıyla $55,4 \pm 4,7$ cm, $65,2 \pm 4,1$ cm ve baş çevreleri sırasıyla $37,7 \pm 2,2$ cm, $42,0 \pm 2,0$ cm olarak ölçülmüştür [201]. Veriler bu çalışma verileriyle benzerlik göstermektedir. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresi bebeklerin büyüme durumlarının değerlendirilmesinde kullanılabilir en güvenilir göstergelerdir. Elde edilen ölçümlerin doğru olarak değerlendirilebilmesi için o topluma ait referans ölçümlerin bilinmesi gerekmektedir [213]. Bebeklerin büyüme ve gelişimlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi annenin sütünün bebeğine yetememe korkusunu ortadan kaldırmada faydalı olmaktadır.

5.5. Bebeklerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Doğum sonrası dönemde bebeğin emme refleksinin uyarılması, laktasyon sürecinin başlaması için bebeğin ilk 30 dakika içinde emzirilmesi ve kolostrumun mutlaka bebeğe verilmesi gerekmektedir. İlk 6 ay boyunca bebeğin sadece anne sütü alması sağlanmalıdır [71, 206]. Bu çalışmada annelerin %81,6'sı doğumdan sonra bebeğe ilk olarak kolostrum verdiklerini belirtmiştir (Çizelge 4.6.). Aslında bu değer oldukça düşüktür. Yapılan bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde annelerin %80,6'sı bebeklerini ilk olarak kolostrum ile beslediklerini ifade etmişlerdir [207]. Kolostrumun bebeklere yaygın olarak

verildiğini belirleyen farklı çalışmalar da mevcuttur [206, 214]. Annelerin kolostrumu pis süt olarak gördükleri ve memeden kolostrumu uzaklaştırdıktan sonra bebeklerini emzirmeleri gerektiği gibi yanlış inanışları vardır [215]. Ayrıca çalışmalarda şekerli su, formüla mama, zenzem verme gibi uygulamaların yapıldığı da tespit edilmiştir [109, 210]. Yapılan bir çalışmada annelerin %15'inin emzirmeden önce hazır mama verdiği [109], başka bir çalışmada ise annelerin %9'unun şekerli su verdiği saptanmıştır [210]. Bu çalışmada ise bebeğe ilk olarak annelerin %12,3'ü hazır mama, %4,8'i zenzem ve %1,3'ü şekerli su verdiğini belirtmiştir (Çizelge 4.6.). Bu durum annelerin kolostrumun önemi konusunda bilgi eksikliği, bazı annelerin sütün yetmemesi düşüncesi ile hazır mamayı tercih etmeleri ve doğum sonrasında annelere aile büyüklerinin refakat etmesinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada annelerin %70,2'sinin bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri, %29,8'inin anne sütü ile birlikte ek besin verdiği tespit edilmiştir. Verilen besinler arasında hazır mama (%79,4), yoğurt (%22,1) ve sebze-meyve suyu/püresinin (%17,6) yaygın olarak kullanıldığı saptanmıştır (Çizelge 4.6.). Başka bir çalışmada ilk besin olarak annelerin %90,2'sinin bebeğe kendi sütünü verdiği, bebeklerin %50,9'unun ilk yarım saat içinde emzirmeye başladığı, %41,4'üne ilk dört aydan önce ek besin başladığı ve ilk başlanan ek besinlerin ise formül mama (%39,6), yoğurt (%39,6) ve meyve suyu (%17,1) olduğu tespit edilmiştir [216]. Ayrıca TNSA 2013 verilerine göre bebeklerin %12'sine 6. aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başladığı bilinmektedir. Anne sütünü toplam olarak 6 aydan daha kısa süre alan bebeklerin, emmeyi bırakma nedenleri arasında Türkiye genelinde, “anne sütünün olmaması/yetersizliği” ilk sırada (%47,6) yer almaktadır [22]. Bu çalışmada da benzer şekilde annelerin %51,5'i sütünün yetmediği için ek besine başladığını ifade etmiştir (Çizelge 4.6.). Sütü yetmediği için ek besine başlamak durumunda kalan annelerin sayısı oldukça fazladır. Bu durumun annelerin kendi sütlerinin bebeğe yeterli geldiği veya gelmediğini değerlendirme konusunda yaşadığı bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir. Başka bir çalışmada da anne sütünü kesme nedenleri arasında ilk sırada “yeterli sürede emzirdiğini düşünmesi” (%53,6) gelmektedir [210]. Toplumumuzda genel olarak anne sütünün belirli bir süre alındığı fakat ilk 6 ay sadece anne sütü alımında yetersizlik olduğu bilinmektedir [22]. Bebek beslenmesinin iyileştirilmesi için hamilelik döneminden itibaren rutin kontroller sırasında beslenme eğitimlerinin planlanması ve düzenli olarak yapılması, annelerin düşünce, inanışları doğrultusunda bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi yararlı olacaktır.

5.6. Annelerin Gebelik Öncesi BKİ ve Gebelik Dönemindeki Ağırlık Kazanımlarının Değerlendirilmesi

Gebelik süresince vücut ağırlığının fazla artışı postpartum depresyon gelişimi için risk faktörü olabilmektedir [217]. Bu çalışmada annelerin gebelik öncesi dönemde %24,1'inin şişman, %40,4'ünün hafif şişman, %34,6'sının normal vücut ağırlığına sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.8.). Annelerin gebelik döneminde vücut ağırlığında ortalama $12,7 \pm 5,70$ kg artış olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.9.). Yapılan başka bir çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak annelerin gebelik öncesi dönemde %5,9'u şişman, %24,3'ünün hafif şişman %58,6'sının normal vücut ağırlığına sahip olduğu, %74,6'sının gebelik döneminde vücut ağırlığında 13 kg ve üzerinde artış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gebelik döneminde vücut ağırlığında ortalama $15,68 \pm 5,09$ kg artış olduğu saptanmıştır [218]. Bu çalışmada gebelik döneminde 20 kg ve üzerinde ağırlık kazanımı olan annelerin çoğunun gebelik öncesi dönemde hafif şişman veya şişman olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ideal olan 8-12 kg ağırlık artışı en fazla gebelik öncesi normal BKİ'ye sahip annelerde görülmüştür (Çizelge 4.9.). Bu durum annelerin gebelik öncesi vücut ağırlığının gebelikte ağırlık artışı üzerine etkili olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca gebelik dönemindeki ağırlık artışında annelerin eğitim durumu, doğum sayısı ve beslenme bilgilerinin de etkili olduğu düşünülmektedir.

5.7. Annelerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Emziren annelerde vücut kompozisyonu genel sağlığın önemli bir göstergesidir. Emziren annelerin vücut bileşiminin süt üretimi üzerine etkili olduğu, zayıflık ya da maternal obezitenin süt üretimi üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir [219-221]. Yapılan bir çalışmada BKİ'ne göre zayıf olan kadınların doğum sonu emzirmeye hemen başlama oranının ve bebeklerini emzirme sürelerinin normal BKİ'ne sahip kadınlara göre daha düşük olduğu ayrıca zayıf kadınların bebeklerini daha karışık besledikleri, bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile besleyemedikleri dolayısıyla tamamlayıcı besinlere daha erken başladıkları saptanmıştır [219]. Ayrıca obez annelerin büyük göğüslü olmaları, geniş areola ve meme başında çöküklük olması gibi meme yapısındaki farklılıklar bebeğin memeyi kavramasını güçleştirerek emzirmeyi olumsuz etkilediği de bilinmektedir [222].

Bu çalışmada annelerin ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve vücut yağ yüzdesi sırasıyla $69,2\pm 11,90$ kg, $159,9\pm 6,08$ cm, $27,1\pm 4,48$ kg/m², $87,7\pm 12,26$ cm, $105,0\pm 9,06$ cm, $0,83\pm 0,07$ ve $\%33,6\pm 7,00$ olarak ölçülmüştür (Çizelge 4.10.). TBSA 2010 verilerine göre annelerin ortalama vücut ağırlıkları bebeğini 1-3 ay ve 4-6 ay süresince emzirenlerde sırasıyla 67,1 kg ve 68 kg ve BKİ değerleri sırasıyla $26,9$ kg/m², $27,1$ kg/m² 'dir [201]. Veriler bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Annelerin vücut yağ miktarları ve BKİ'leri normal değerlerin üzerindedir. Bu durum annelerin gebelik öncesi vücut ağırlıklarının veya gebelik döneminde kazandıkları ağırlık artışlarının fazla olmasından kaynaklanabilir.

5.8. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne Göre Annelerin Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi

Kadınlar doğum sonrası ilk bir yıl içinde depresyon açısından ciddi risk altındadır. Annelerin mutlu olmalarının beklendiği dönemde depresif duygular yaşamaları kendilerini suçlu hissetmelerine ve depresyon bulgularını gizleyerek tanı koymada sıkıntı yaşanmasına sebep olmaktadır [49]. Bu çalışmada EDDÖ'ye göre annelerin $\% 19,3$ 'ünün depresif belirtiler gösterdiği ve risk altında olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.11.). Depresif bulgular saptanan annelerin sayısı yüksektir. Kendi hissettiklerini gizleyen annelerin varlığı ve ileri ki dönemlerde psikoza kadar ilerleme durumları düşünüldüğünde bu değer daha fazla önem kazanmaktadır. Doğum sonrası dönemde annelerin depresyon görülme durumlarının $\%12,5$, $\%28$, $\%14$ olarak tespit edildiği farklı çalışmalar mevcuttur [42, 47, 52]. Postpartum depresyon (PPD) görülme sıklığı; hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem büyüklüğüne, popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir [223].

5.8.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre annelerin bazı demografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Eğitim ve gelir düzeyi düşük, küçük yaşta anne olan, geniş aile yapısına sahip, kendisi ve/veya eşi çalışmayan annelerde doğum sonrası dönemde depresyon görülme düzeyinin daha yüksek olduğu bilinmektedir [43, 224, 225]. Bu çalışmada depresif belirti gösteren ve göstermeyen annelerin büyük çoğunluğu 19-30 yaş aralığındadır. Depresyon görülme durumu ile annelerin yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p=0,723$)

(Çizelge 4.12.). Farklı çalışmalarda erken yaşta anne olmanın artan sorumlulukla birlikte depresyon gelişimine zemin hazırladığı belirtilmiştir [43]. Başka bir çalışmada da bu çalışma sonucuna benzer şekilde anne yaş dağılımı ile EDDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir [51].

Yapılan bu çalışmada depresyon görülme durumuyla annenin çalışmama durumu ve eşin çalışmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 4.12.). İşsizlik durumu hane halkının refahını olumsuz etkilemekte, aile içinde gelişen ekonomik yetersizlik annede depresif belirtilerin ortaya çıkışını tetikleyebilmektedir. Ekonomik düzeyin düşük olması, zorluklarla başa çıkmayı ve annenin kendisini ifade etmesini güçleştirmekte ve daha fazla stres yaşamasına sebep olmaktadır.

Postpartum depresyonun annelerin eğitim düzeyleri ile ilişkisinin sorgulandığı çalışmalarda farklı sonuçlar tespit edilmiştir. Bazı çalışma sonuçlarına göre annenin eğitim düzeyinin düşük olması depresyon gelişimi için önemli bir risk faktörüdür [44, 52]. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin bebek bakımında daha bilgili olması ve endişe duymamaları beklenmektedir. Bu çalışmada ise eğitim durumlarında anlamlı fark görülmemiştir. Fark görülmemesinin nedeni eğitim gruplarındaki dağılıma göre yeterli anne sayısının olmamasından kaynaklanabilir. Literatürde benzer sonuç gösteren çalışmalar da mevcuttur [226, 227].

Yapılan çalışmalarda aile tipi ile depresyon durumu arasında farklı sonuçlar ortaya konmaktadır. Bir çalışmada geniş ailede yaşayan annelerin depresyon puanının daha yüksek çıktığı fakat sonucun anlamlı olmadığı tespit edilmiştir [227]. Bu çalışmada ise geniş ailede yaşamının doğum sonrası depresyon gelişiminde etkili olduğu saptanmış ve sonuçlar anlamlı bulunmuştur ($p = 0,043$) (Çizelge 4.12.). Geniş ailede aile büyükleri anneye daha fazla müdahale etmekte ve bu durum annede stres oluşturabilmektedir. Ayrıca geniş ailede yaşayan bireylerin daha fazla aile içi çatışmaya maruz kaldığı, annede görülen stresin arttığı ve evdeki birey sayısı arttıkça anne-bebek ilişkisinin daha zor gelişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.8.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre gebelik dönemi ve doğuma ait bazı özelliklerin değerlendirilmesi

Yapılan bir çalışmada gebelikten önceki BKİ' de bir birimlik (1 kg/m^2) artışın süt yapımını yaklaşık yarım saat geciktirdiği tespit edilmiştir [228]. Süt yapımındaki gecikme annenin psikolojik durumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada gebelik öncesi BKİ'ne göre depresyon riski arasında anlamlı fark tespit edilememiştir ($p=0,552$) (Çizelge 4.12.).

Ayrıca bu çalışmada düşük veya ölü doğum yapma ve doğum şekli ile postpartum depresyon gelişimi arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmalarda doğum şeklinin doğum sonrası depresyon gelişimi üzerine bir etkisinin olmadığı fakat sezaryen doğumun maternal bağlanma üzerine olumsuz bir etkisi olabileceği düşünülmektedir [44, 229].

Bu çalışmada gebelik döneminde alınan besin desteği ile depresyon gelişimi arasında ilişki saptanmamakla birlikte kullanılan besin destekleri incelendiğinde multivitamin kompleksi kullanan annelerde depresyon durumunun daha az görüldüğü tespit edilmiştir ($p=0,028$) (Çizelge 4.13.). Yapılan bir çalışmada gebelik döneminde D vitamini yetersizliğinin postpartum depresyon gelişimi için risk faktörü olduğu saptanmıştır [170]. Selenyum takviyesinin depresyon gelişimi için koruyucu olabileceği düşünülmektedir [230]. Postpartum dönemde 8 hafta boyunca 1,2 g DHA ve 2,2 g EPA tedavisi alan kadınlarda doğum sonrası 6 ve 8. haftalarda postpartum depresyon görülme sıklığının azaldığı bilinmektedir [155]. Gebelik döneminde serum vitamin düzeylerine bakılarak yetersizlik saptanan kadınlarda gereksinimlere göre uygun doz ve miktarda supleman kullanımı postpartum depresyonun önlenmesi açısından yararlı olabilir.

5.8.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre emzirme dönemine ait bazı özelliklerin değerlendirilmesi

Doğumdan sonraki dönemde annenin başarılı bir emzirme süreci geçirmesi, emzirmeye başlaması ve sürdürmesi için öncelikle kendi bedensel ve ruhsal sağlığının yerinde olması önemlidir. Depresif annelerin sütlerinin besleyiciliği ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları bilinmektedir [15]. Bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesindeki başarı; annenin emzirmeye yönelik düşüncesi, bebeğin ve annenin sağlık durumu, doğduktan sonraki ilk saatlerde ve günlerdeki beslenme durumundan

etkilenmektedir [109]. Bu çalışmada doğumdan sonra emzirme ile ilgili bilgi alma, bebeklerini doğumdan sonra daha kısa sürede ve daha sık aralıklarla emzirme durumları depresif belirti göstermeyen annelerde yüksek olmasına rağmen istatistiksel farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.14.). Yapılan başka bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde depresyon durumu ile bebeklerin doğumdan sonra ilk beslenme zamanları arasında ilişki bulunmamıştır [231]. Bu durum doğum sonrası depresyon gelişiminin daha uzun bir süreci kapsadığı ve annelerin bu süreçte yaşadığı deneyimlerden etkilenmesinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada depresyon riski taşıyan annelerin %25,0'i, depresif belirti göstermeyen annelerin %57,6'sı anne sütü arttırıcı besin/ürün kullanmaktadır. Depresyon riski taşıyan annelerin istatistiksel olarak daha düşük oranda anne sütü arttırıcı besin/ürün kullandığı tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 4.14.). Depresyonda olmayan annelerin beslenme konusunda daha bilgili ve bebeklerini emzirme konusunda daha istekli olduğu, sadece anne sütü vermeyi önemsedikleri, mama vb. uygulamalara yönelmek istemedikleri düşünülmektedir.

5.9. Annelerin Bebek Beslenmesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

Bebek beslenmesinin iyileştirilmesi için topluma yönelik programların hazırlanmasından önce annelerin düşünce, inanış ve gereksinimlerinin belirlenmesi önemlidir [215]. Annelerin beslenme bilgi puanı ortalaması $18,3\pm 2,54$ olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.16.). Başka bir çalışmada ise $16,18 \pm 2,00$ olarak saptanmıştır [188]. Anneler beslenme bilgileri yönünden aldıkları puanların yükseltilmesi ve desteklenmeleri gerektiğini söyleyebiliriz.

Yine bu çalışmada depresif belirti gösteren annelerin beslenme bilgisi ortanca değerine göre depresif belirti göstermeyen annelerden beslenme bilgilerinin daha eksik olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 4.17.). Annelerin bebek beslenmesi üzerine bilgi düzeyleri incelendiğinde daha çok 6. aydan sonra bebeğe verilecek besinlerin hazırlama-piştirme teknikleri, ishali çocuğa yaklaşım ve anne sütünü arttırmaya yönelik yaptıkları uygulamalarda desteğe ihtiyacı oldukları tespit edilmiştir (Çizelge 4.16.). Bu durumun gebelik döneminde annelere çevresindeki birçok kişi tarafından müdahale edilmesi sonucu annenin doğru bilgiye ulaşmasının engellenerek bilgi karmaşası yaşamamasından

kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda bu çalışmaya benzer şekilde; tamamlayıcı besinlerin niteliği ve başlama zamanları, anne sütünün önemi ve yararları konusunda yeterli bilgisi olmadığı görülen annelere tamamlayıcı besinlerin seçiminde ailelerin alım gücü etkili olmakla birlikte, kısıtlı olanakların uygun şekilde kullanılması için danışmanlık verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir [215, 232, 233].

5.10. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Aracı'na Göre Emzirme Başarılarının Değerlendirilmesi

Annede yeterli süt salınımının olması, meme ile ilgili problemlerin olmaması, bebeğin yeterli emme refleksinin olması, sık emzirme ve emzirme suresinin uygun olması başarılı emzirmenin gerçekleşebilmesi için önemlidir [5]. Annelerin emzirme başarıları ortalama puanı $9,0 \pm 1,26$ 'dır (Çizelge 4.18.). Emzirme başarısının değerlendirildiği başka bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde başarı puanı $8,4 \pm 1,77$ olarak bulunmuştur [202]. Bu çalışmada annelerin yalnızca %43,0'unün tam olarak başarılı emzirme eylemi gösterdiği tespit edilmiştir (Çizelge 4.18). Başka bir çalışmada da annelerin sadece %30,0'unun başarılı emzirme eylemi gösterdiği saptanmıştır [234]. Başarılı emzirme eylemi gösteren annelerin sayısı oldukça azdır. Bu durum annelere verilen emzirme eğitiminin etkili olmayışı, tek seferde verilmesi ve tekrarlanmamasından kaynaklanabilir.

Annelerin bebek beslenmesi ve emzirme konusunda bilgi düzeyi ile emzirme başarıları arasında pozitif ilişki olduğu bilinmektedir [234]. Bu çalışmada da annelerin bilgi puanı ile emzirme başarıları arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=4,915$, $p=0,027$) (Çizelge 4.19.). Yetersiz emzirme eylemi gösteren annelerin beslenme bilgisi ortalama puanı $17,4 \pm 3,34$ iken başarılı emzirme eylemi gösteren annelerin puanı $18,9 \pm 2,22$ olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.26.). Bu durum bilgi yönünden yeterli olan annenin daha etkin emzirme eylemi göstermesinden kaynaklanmaktadır. Annelerin emzirme başarılarındaki yetersizliği gidermek için eğitimlerin interaktif olarak sadece doğum sonrası değil gebelik döneminden itibaren başlatılması ve annenin bebeğini emzirmeye daha yakın hissettiği üçüncü trimesterde yoğunlaştırılmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir [186].

Annelerin emzirme danışmanlık birimine başvuru nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada %49,0'unun meme başındaki çatlaktan, % 25,0'inin ise bebeğini emzirmeyi bilmemesinden dolayı zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir [235]. Yine başka bir çalışmada

annelerin emzirmeyle ilgili karşılaştıkları sorunlar arasında ilk sırada meme başı çatlaklarının (%46,0) geldiği saptanmıştır [112]. Bu çalışmada da emzirme başarısının değerlendirildiği LATCH emzirme tanılama aracında annelerin aldığı en az ortalama puanın ($\bar{X} = 1,6 \pm 0,49$) meme başıyla ilgili rahatlığın sorgulandığı madde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.18.). Yanlış emzirme tekniği ve bebeğin memeye iyi yerleşmemesine bağlı olarak meme başı çatlakların oluştuğu ve meme başı ağrısının annelerin emzirmeyi kesmesine neden olan ikinci yaygın sebep olduğu bilinmektedir [236].

Annelerin demografik özellikleri incelendiğinde LATCH emzirme tanılama aracında aldıkları puan ortalamaları ile annenin yaşı, eğitimi ve meslek durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 4.20.). Başka bir çalışmada da bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir [237]. Bu durum annelerin emzirme başarısını etkileyen farklı faktörlerin de etkili olduğunu düşündürmektedir.

Laktasyon döneminde hormonal değişimler üzerinde emzirme sıklığı ve süresinin etkili olduğu ayrıca doğumdan sonraki ilk 4 saat içinde anne bebek arasındaki ten-tene temasın emzirme başarısını etkilediği bilinmektedir [238, 239]. Doğumdan sonra bebeğe ilk olarak anne sütü verilmesi başarılı emzirme için önemlidir. Bu çalışmada annelerin doğumdan sonra bebeklerine verdikleri ilk besinle emzirme başarı puanı arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,023$). İkili karşılaştırmalarda sadece hazır mama ile şekerli su arasında istatistiksel olarak farklılık elde edilmiştir ($p = 0,049$) (Çizelge 4.22.). Bu farklılığın bazı ailelerde sarılığı önlediğini düşündükleri için şekerli su vermek gibi geleneklerin uygulandığı, sonrasında anne sütü verilmeye devam edildiği için tespit edildiği düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada bebeğin doğum ağırlığı arttıkça emzirme başarı puanının arttığı tespit edilmiştir. Doğum ağırlığı arttıkça bebeklerin emme becerisinin arttığı bilinmektedir [237]. Bu durum özellikle prematüre bebeklerde emerken daha çabuk yorulma ve emme gücünün daha yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada bebeğin doğum ağırlığı gruplarına göre emzirme başarı puanında farklılık tespit edilmemiştir (Çizelge 4.23). Emzirme başarısını arttırmak ve başarılı emzirmenin devamını sağlamak için meme problemlerinin önlenmesi önemlidir [5]. Ayrıca annelerin emzirme durumunu değerlendirirken bebeğin memeyi kavraması, yutma sesi, bebeğin emme pozisyonunun değerlendirilmesi de önerilebilir.

Verilere göre anneler emzirme başarısı konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu durum annelerin gebelik döneminde yeterli eğitim almamaları, hastanede yeterince desteklenmeden taburcu olmaları, doğum sonrası dönemde ilginin anneden çok bebekte olması ve annenin bakım gereksinimlerinin karşılanamamasından kaynaklanabilir. Başarısızlığın nedeni olan etmenlerin araştırılması ve eksiklere yönelik annelerin desteklenmesi yararlı olabilir.

5.11. Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Annenin kendine olan güveni emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde etkili olan en önemli değiştirilebilir faktörlerdendir [240]. Bu çalışmada annelerin emzirme öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları ortalama puan $60,2 \pm 6,23$ olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.24.). Ölçekten alınabilecek (en fazla alınabilecek puan 70'dir.) puanın yüksek olması yüksek emzirme öz yeterliliği göstermektedir. Bu çalışmada da annelerin emzirme öz yeterliliklerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Farklı çalışmalarda da çalışmanın tekniğine bağlı olarak annelerin yüksek, düşük ve orta düzeyde öz yeterliliklerinin olduğu belirlenmiştir [186, 240-244].

Bu çalışmada annelerin emzirme öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları puanlarla annenin eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($KW=14,320$, $p=0,014$). Üniversite mezunu annelerin ilkokul mezunu annelerden istatistiksel olarak daha yüksek emzirme öz yeterlilik puanına sahip oldukları tespit edilmiştir ($p=0,002$). Anne mesleğine göre özyeterlilik puanlarında farklılık görülmesine rağmen gözlem sayısının gruplara eşit dağılmamasından dolayı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelenememiştir. (Çizelge 4.21.). Başka bir çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak annenin mesleği ve eğitim durumuyla emzirme öz yeterliliği arasında ilişki saptanamamıştır [241]. Öz yeterliliği etkileyen etmenlerin fazla olması farklı çalışmalarda farklı sonuçların çıkmasına sebep olabilir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin doğum sayısı, düşük / ölü doğum yapma durumu ile emzirme öz yeterliliği arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca gebeliği isteyen ve normal doğum yapan annelerde emzirme öz yeterlilik puanı yüksek olmasına rağmen anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.21.). Literatüre bakıldığında benzer sonucun bulunduğu farklı çalışmalar mevcuttur [204, 241, 245]. Yapılan başka bir çalışmada isteyerek gebe kalan annelerin öz yeterlilik ve maternal bağlanma düzeylerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir [246].

Bu çalışmada emzirmeyle ilgili bilgi alma durumu ile annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.22). Öz yeterlilik kuramının ana etmenleri göz önüne alınarak yapılan eğitimin emzirme öz yeterliliğini ve sadece anne sütü ile emzirme algısını geliştirdiği bilinmektedir [247]. Ayrıca emzirme öz yeterlilik kuramında annelerin çevrelerinden gördükleri örneklerin etkili olduğu bilinmektedir. Eğitim tekniklerinden biri olan akran eğitiminin annelerin özellikle daha fazla emzirme deneyimi olan kişilerden bilgi aldığı, sosyal ve emosyonel destek sağlandığında emzirme başarılarının arttığı bildirilmiştir [248].

Öz yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi konusunda daha olumlu davranış gösterdiği bilinmektedir. Postpartum dönemde ilk hafta ve antenatal dönemdeki emzirme öz yeterliliğinin, ilk 4 ay boyunca emzirme durumları üzerine etkili olduğu bilinmektedir [141]. Bu çalışmada anne sütü dışında besin verme durumuyla emzirme öz yeterlilik puanları arasında farklılık tespit edilmiş olup; ($p<0,001$) öz yeterlilik puanı sadece anne sütü verenlerde ortalama olarak daha yüksektir (Çizelge 4.22). Öz yeterliliği yüksek olan emzirme konusunda kendine güvenen annelerin çocukları ile daha iyi iletişimde bulunduğu bu durumun süt yapımı ve salınımını olumlu etkilediği düşünülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada benzer şekilde bebeğini sadece anne sütü ile besleyen annelerin, anne sütü ile birlikte su, sulu besin ya da başka tamamlayıcı besin veren annelere göre daha yüksek emzirme yeterliliğine sahip olduğu saptanmıştır [249].

Bu çalışmada emzirme sıklığı ve doğumdan sonra ilk 24 saatte emzirme zamanı ile annelerin öz yeterlilikleri arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.22). Emzirme sıklığı 180 dk. ve üzerinde olan annelerin emzirme öz yeterlilik ortalama puanının daha sık emzirenlere göre düşük olduğu bulunmuş ancak istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). (Çizelge 4.22). Doğru emzirme tekniği uygulayan ve bebeklerini sık emziren annelerin emzirme konusunda daha başarılı olduğu ve bebek emdikçe kendilerine olan öz güvenlerinin arttığı düşünülmektedir. Bir çalışmada çocuğun cinsiyetinin annenin emzirme öz yeterlilik düzeyini etkilemediği belirlenmiştir [245]. Bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Çizelge 4.23.). Annelerin günümüzde emzirme konusunda cinsiyet temelli ayrımcılık yapmadığı söylenebilir.

5.12. Postpartum Depresyonun Emzirme Öz Yeterlilik ve Emzirme Başarısına Etkisinin Değerlendirilmesi

Emzirme sürecini ve etkinliğini olumsuz etkileyen faktörlerin başında annelerin, kendi sütünün ve emzirmesinin yeterli olmadığına inanmaları, özgüven eksikliği, emzirmede karşılaştıkları güçlükler ve ruhsal sorunlar gelmektedir [248]. Bu çalışmada depresyon riski olan annelerin risk taşımayan annelere göre daha yüksek emzirme öz yeterliliğine sahip olduğu ve daha başarılı emzirme eylemi gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca depresyon riski taşıyan annelerin beslenme bilgi puanları depresif bulgu göstermeyenlere göre daha düşük olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$) (Çizelge 4.25.). Bu çalışmada EDDÖ puanının emzirme başarısı ve özyeterliliği ile ters yönde (sırasıyla %19,3 ve %26,5) zayıf ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.27.). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden alınan puanının 1 puan artması ortalama olarak öz yeterlilikte 0,315 puan, emzirme başarısında (LATCH) 0,062; beslenme bilgi düzeyinde 0,133 puan düşüşe sebep olmaktadır (Çizelge 4.28). Depresif belirtilerin, emzirme başarısı ve emzirme konusunda annenin güvenini olumsuz etkilediği ancak bu durumları etkileyen farklı faktörlerin de olduğu söylenebilir. Başka bir çalışmada ise annenin doğum sonu depresyon belirtilerinin emzirme öz yeterliliğini etkilemediği saptanmıştır [242]. Yapılan farklı çalışmalarda ise depresif belirti gösteren annelerin bebeklerini 2-2,5 ay daha az emzirdikleri saptanmıştır [239, 250].

Emzirme başarısı yüksek olan annelerin öz yeterlilik puanlarının da yüksek olduğu bilinmektedir [251]. Yine bu çalışmada emzirme başarısı ile emzirme özyeterliliği arasında aynı yönde (%24,3) pozitif bir ilişki saptanmış olup BKİ'sine göre normal vücut ağırlığına sahip olan bireylerde bu ilişki %32,0'ye kadar çıkmaktadır (Çizelge 4.27.). Yapılan bir çalışmada hem obez hemde normal vücut ağırlığına sahip annelerin emzirme öz-yeterliliklerinin artıkça emzirme başarısının arttığı, obez olan annelerin normal ağırlıkta olan annelere oranla daha düşük emzirme öz-yeterlilik düzeyi ve emzirme başarısına sahip olduğu tespit edilmiştir [222]. Bu durum BKİ'sine göre şişman olan annelerin öz güvenlerinin düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Gebelik süresince yaşanan fiziksel değişimlerin kadınların hem beden hem de ruh sağlığını ayrıca doğum sonrası dönemde emzirme başarısı ve yeterliliğini de olumsuz etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada annenin eğitim durumu ve mesleğinin doğum sonrası psikolojik durumunu etkilediği tespit edilmiştir. Üniversite mezunu annelerin, ilkökul ($p=0,002$) ve ortaokul

($p=0,003$) mezunu annelere göre ve özel sektörde çalışan annelerin ev hanımı ($p=0,002$) ve işçi ($p=0,013$) olan annelerden ortalama olarak daha düşük depresyon puanına sahip olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.20.). Yine bu çalışmada EDDÖ puanı ile doğum sayısının ($p=0,032$) farklılık gösterdiği; dört ve üzerinde çocuğu olan annelerin tek çocuğu olan annelerden ortalama olarak daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu tespit edilmiştir ($p=0,039$) (Çizelge 4.21.). Çocuk sayısının artmasıyla birlikte annenin yükünün arttığı ve bu durumun anne de depresif belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olduğu düşünülebilir. Yapılan başka bir çalışmada da üç ve üzerinde çocuk sayısının annede postpartum depresyon görülme olasılığını artırdığı belirlenmiştir [44]. Yine bu çalışmada gebeliği istenilen/planlı olan annelerin depresyon puanının daha düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.21.). Bu durum gebeliği istenilen/planlı olan annelerin postpartum dönemde karşılaştığı güçlüklerle karşı daha dirençli olmasından kaynaklanmaktadır. Gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğü ve yüksek oranda görülmesinin plansız ve istenmeyen gebelik, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu bilinmektedir [252]. Bu faktörlerin annenin psikolojik durumunu olumsuz etkilediği ve postpartum dönemde depresyona zemin hazırladığı düşünülebilir.

Bu çalışmada emzirme sıklığı 180 dk ve üzerinde olan bireylerde emzirme öz yeterlilik ve başarı puanının diğerlerine göre daha düşük olduğu ve depresyon puanının da anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.22). Bebeğini sık emzirmeyen daha az ten tene temasta bulunan annelerin zamanla öz güvenlerinin azaldığı, başarılı emzirme tekniklerinden uzaklaştığı ve içinde bulunduğu zor şartlara karşı daha hassas olduğu düşünülebilir. Başarılı bir emzirmenin temel faktörleri doğumdan sonra anne ve bebeğin birlikte olması, ten tene temaslari, ilk 1 saat içinde emzirmeye başlanması ve sonrasında bebek her istediğinde sık sık emzirilmenin sağlanmasıdır [238]. Erken postpartum dönemde annelerin emzirme öz yeterliliğinin desteklenmesi annede yetersiz süt salgısını ortadan kaldıracaktır [253]. Başarılı bir emzirme için depresyon riski taşıyan annelere bebeklerini sık emzirmeleri önerilebilir.

5.13. Annelerin Günlük Diyetle Aldıkları Enerji ve Besin Öğeleri ve Besin Gruplarının Değerlendirilmesi

Başarılı bir emzirme bebeğin sağlıklı vücut ağırlığına ulaşmasıyla sonuçlanır. Emziren bir annenin beslenmesindeki amaç; kendi fizyolojik gereksinimlerini karşılayarak,

vücudundaki besin yedeğini dengede tutmak ve salgılanan süt için gerekli enerji ve besin öğelerini karşılayabilmektir [70].

TBSA 2010 verilerine göre emzikli kadınların ortalama et grubu besinleri, yumurta, süt ve süt ürünleri, ekmek, taze sebze-meyve, şeker ve yağ tüketimleri sırasıyla 41,1g, 27,1g, 164,71g, 183,5g, 569,3g, 24,24g ve 32,64g olduğu tespit edilmiştir [201]. Bu çalışmada ise emzikli kadınların et grubu besinleri (kırmızı et 37,2g, kümes hayvanları 26,7g, balık 24,6g), süt ve süt ürünlerini (süt-yoğurt 135,1g, peynir 46,7g.) ekmeği (160,7g.) taze sebze ve meyveyi (342,5g, 200,3g.) daha az tükettikleri bununla birlikte şeker (27,6g.) ve yağ (36,2g.) tüketimlerinin ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.25.). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde emziren kadınlar için günlük enerji miktarının aynı yaş grubundaki kadınlara göre 500 kkal daha fazla olması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca yetişkinlerde günlük enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan karşılanan oranları sırasıyla %55-60, %10-15, %25-30 olması önerilmektedir [254]. TBSA 2010 verilerine göre annelerin aldıkları ortalama enerji, karbonhidrat ve yağ alımları sırasıyla 1862,11 kkal, 241 g, 56,3 g, 72,1g.'dır [201]. Bu çalışmada da bireylerin aldıkları ortalama enerji, karbonhidrat, protein, yağ değerleri sırasıyla 2068,9±522,58 kkal, 253,0±83,32 g (% 49,5), 66,0±19,47 g (% 13,3), 85,7±24,58 g (%37,2) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca annelerin omega 3 ve omega 6 alımlarının TBSA 2010 verilerine benzer olduğu, kolesterol alımlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.30.). Bu çalışma da annelerin 22,8±8,80 g posa; 346,0±117,55 µg folik asit; 116,8±71,46 mg C vitamini ve aldıkları tespit edilmiştir (Çizelge 4.31.). Yapılan başka bir çalışmada emzikli annelerin posa (17,0 g) folik asit (245,7 µg) ve C vitamini (83,0 mg) alımlarının bu çalışmaya benzer şekilde yetersiz olduğu bulunmuştur [255]. Bu çalışmada annelerin günlük diyetle aldıkları kalsiyum, demir ve çinko miktarları sırasıyla 601,4±268,56 mg, 12,0±3,91 mg ve 9,2±2,67 mg olduğu (Çizelge 4.32.) ve Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi önerilerinin (Ca:1000mg, Fe: 18 mg, Zn: 15 mg) altında kaldığı tespit edilmiştir [254]. TBSA 2010 çalışmasında da bu çalışmaya benzer şekilde annelerin 664 mg Ca, 11,1 mg Fe ve 9,3 mg Zn aldıkları saptanmıştır [201]. Çalışmaya katılan annelerin besin tüketimleri incelendiğinde bireylerin %94'ü demiri, %76,3'ü folik asiti, %60,5'i kalsiyumu yetersiz tüketmektedir. Emzikli kadınların çoğunun ortalama besin ögesi alımlarının düşük olduğu ve tavsiye edilen düzeylerin altında olduğu söylenebilir (Çizelge 4.33.). Emziliklik döneminde anne sütünü artırmak amaçlı tatlı yiyeceklerin tüketiminin artırılması annenin yeterli ve dengeli beslenme profilinden uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Böylece anne

fazla enerji ve doymuş yağ alımı ile karşı karşıya kalırken, vitamin ve mineral yönünden yetersiz beslenebilmektedir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu gelişen beslenme durumundaki dengesizlikler majör depresif bozuklukların gelişimine zemin hazırlamaktadır [143]. Bu çalışmada depresyon riski taşıyan annelerin B₁₂ vitaminini risk taşımayan gruba göre ortalama olarak daha az tükettikleri tespit edilmiştir (p=0,032) (Çizelge 4.34.). Düşük sosyoekonomik seviye alım gücünü etkilemekte ve özellikle hayvansal kaynaklı besin tüketiminde bireyler arasında farklılıklar oluşabilmektedir. Bu durumun B₁₂ vitamini alımının daha düşük olmasıyla birlikte, sosyoekonomik yönden yetersiz olan bireylerin aynı zamanda depresif bulgulara karşı daha hassas olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu durumun bir günlük besin tüketim kaydı alınmasından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Gebelik ve emzicilik dönemini kapsayacak şekilde besin tüketim sıklığının sorgulandığı yeni çalışmaların planlanması önerilebilir.

Literatüre bakıldığında B₆, B₁₂ ve folik asit eksikliğinde yükselen serum homosistein düzeylerinin depresif rahatsızlıkların patogeneze katkıda bulunduğu düşünülmekle birlikte gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde günlük diyetle alınan folat, B₆ ve B₁₂ vitamin alımları ile postpartum depresyon gelişimi arasında herhangi bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur. Postpartum depresyon ile B grubu vitaminler arasında ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar yetersiz kalmaktadır [163, 166, 167].

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Postpartum dönemde olan annelerde emzirme öz yeterlilik düzeyi ve emzirme başarısı ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler aşağıda özetlenmiştir:

- Bu çalışmaya postpartum 2 hafta-6 aylık dönemde bebeğini emziren 228 anne katılmıştır.
- Annelerin %69,8'i 19-30 yaş aralığındadır. Ayrıca annelerin ortalama yaşı $27,96 \pm 5,25$ yıl olarak tespit edilmiştir.
- Annelerin %32,9'u üniversite, %23,2'si lise ve dengi, %22,8'i ortaokul mezunudur.
- Annelerin %72,8'i ev hanımı; %17,5'i ise memurdur.
- Çalışmaya katılan annelerin eşlerinin %35,9'u üniversite mezunu, %28,1'i lise ve dengi okul mezunudur. Ayrıca eşlerin %35,6'sı işçi iken, %34,6'sı ise özel sektörde çalışmaktadır.
- Ailelerin %81,6'sı çekirdek ailedir.
- Annelerin gebelik öncesi dönemde %40,4'ü hafif şişman, %34,6'sı normal vücut ağırlığına sahiptir.
- Annelerin %74,6'sı gebeliklerinin planlı/istenilen olduğunu belirtmiştir.
- Annelerin %52,2'si normal doğum yapmıştır.
- Gebelik dönemlerinde kadınların %89'u besin desteği almakta ve en fazla (%64,5) demir preparatı kullanmaktadır.
- Annelerin sadece %62,8'i doğumdan sonra 30 dakika içinde bebeklerini emzirmeye başladığını ifade etmiştir.
- Annelerin %64,9'u emzirme ile ilgili bilgi aldığını belirtirken ve en fazla bilgi alınan kaynağın ebe ve hemşireler olduğu tespit edilmiştir.
- Annelerin bebeklerini emzirme sıklığı ortalama $102,91 \pm 53,79$ dakikadır.
- Çalışmaya katılan annelerin %51,3'ü anne sütü arttırıcı besin/ürün kullanmaktadır. Annelerin %34,2'si anne sütü arttırmak amaçlı su ve anne sütü arttırıcı çay, %30,8'i rezene, %22,2'si ise dereotu/maydanoz tüketmektedir.
- Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin %48,7'si erkek, %51,3'ü kızdır.
- Bebeklerden 0-3 aylık dönemdekilerin ortalama doğum ağırlıkları $3297,4$ g; 4-6 ay arasındakilerin $3246,8$ g'dır.

- Bebeğe ilk olarak ağızdan verilen besinler arasında kolostrum (%81,6) ilk sırada yer almaktadır.
- Annelerin %70,2'si bebeğine anne sütü dışında herhangi bir besin vermemektedir. Anne sütü dışında verilen besinler arasında en fazla tercih edilen (%79,4) hazır mamadır. Bebeğine anne sütü dışında besin veren annelerin %51,5'i sütleri yetmediği için başka besinlere başvurduklarını belirtmiştir.
- Çalışmaya katılan annelerin ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ve vücut yağ yüzdesi sırasıyla 69,2 kg, 159,9 cm, 27,1 kg/m², 87,7 cm, 105,0 cm, 0,83, %33,6'dır.
- Annelerin %19,3'ü depresyon riski taşımakta olup ölçekten aldıkları ortalama puan 16,2±3,19'dur.
- Depresyon durumu ile annenin yaşı, gebelik öncesi BKİ, doğum şekli, düşük veya ölü doğum yapma durumlarında istatistiksel farklılık görülmemiştir (p>0,05).
- Depresyon riski taşıyan annelerin ve eşlerinin çalışmıyor olma durumu daha yüksek olup farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p=0,049, p=0,024).
- Depresyon riski taşıyan annelerin geniş aileye sahip olma durumunun daha yüksektir (p=0,043).
- Annelerin emzirmeyle ilgili bilgi alma durumu, doğumdan sonra emzirme durumu ve emzirme sıklığıyla depresyon görülme durumu arasında istatistiksel farklılık görülmemiştir (p>0,05).
- Bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı ve bebeğe ağızdan verilen ilk besinle depresyon durumları arasında farklılık tanımlanmamıştır (p>0,05).
- Annelerin beslenme bilgi sorularından aldıkları ortalama puan $\bar{X} \pm SS=18,3 \pm 2,54$ 'dur.
- Depresif belirti gösteren annelerin beslenme bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (p<0,001).
- Annelerin bebek beslenmesi üzerine bilgi düzeyleri incelendiğinde daha çok 6. aydan sonra bebeğe verilecek besinlerin hazırlama-pişirme teknikleri, ishali çocuğa yaklaşım ve anne sütünü artırmaya yönelik yaptıkları uygulamalarda desteğe ihtiyaçları vardır. Annelerin %54,4'ü anne sütünü artırmak için tatlı yiyeceklerin tüketilmesi gerektiğini düşünmektedir.
- Annelerin yalnızca %43,0'ü tam olarak başarılı emzirme eylemi göstermektedir.

- Annelerin emzirme öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları ortalama puan $\bar{x} \pm SS=60,2 \pm 6,23$ 'tür. Annelerin emzirme öz yeterlilikleri yüksektir.
- Üniversite mezunu annelerin ilkokul mezunu annelerden istatistiksel olarak daha yüksek emzirme öz yeterlilik puanına sahip oldukları tespit edilmiştir (p=0,002).
- Üniversite mezunu annelerin, ilkokul (p=0,002) ve ortaokul (p=0,003) mezunu annelere göre depresyon puanı istatistiksel olarak daha düşüktür.
- Özel sektörde çalışan annelerin ev hanımı (p=0,002) ve işçi (p=0,013) olan annelerden ortalama olarak daha düşük depresyon puanına sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Dört ve üzerinde çocuğu olan annelerin tek çocuğu olan annelerden ortalama olarak daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu tespit edilmiştir (p=0,039).
- Gebeliği istenilen/planlı olmayan annelerin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (p=0,028).
- Emzirme ile bilgi alan annelerde almayanlara göre depresyon puanı ortalama olarak daha düşüktür (p=0,009).
- Emzirme sıklığı 180 dakikadan fazla olan annelerde depresyon puanı diğer tüm gruplara göre istatistiksel olarak farklı ve daha yüksektir (p<0,05).
- Anne sütü dışında besin verme durumuyla emzirme öz yeterlilik puanları arasında farklılık tespit edilmiş olup; (p<0,001) anne sütü dışında besin vermeyenlerde öz yeterlilik puanı ortalama olarak daha yüksektir.
- Bireylerin günlük diyetle aldıkları ortalama enerji, karbonhidrat, protein, yağ değerleri sırasıyla 2068,9±522,58 kkal, 253,0±83,32 g, 66,0±19,47 g, 85,7±2,58 g'dır.
- Çalışmaya katılan annelerin günlük diyetle aldıkları omega 3 ve omega 6 miktarları sırasıyla ortalama 1,5±1,16 g, 18,8±10,37 g'dır.
- Çalışmaya katılan annelerin günlük diyetle aldıkları A vitamini, C vitamini, folik asit, B₆ ve B₁₂ vitamin miktarları ortalama 1241,5±1354,08 µg, 116,8±71,46 mg, 346,0±117,55 µg, 1,6±0,50 µg, 3,4±2,24 µg olarak belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan annelerin günlük diyetle aldıkları kalsiyum, demir ve çinko miktarları sırasıyla ortalama 601,4±268,56 mg, 12,0±3,91 mg ve 9,2±2,67 mg olarak saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan annelerin %64,1'i posayı yetersiz miktarda tüketmektedir.

- Annelerin %76,3'ü folik asiti, %60,5'i kalsiyumu ve %94'ü demiri yetersiz tüketmektedir.
- Çalışmaya katılan annelerin depresyon görülebilmek durumuna göre günlük diyetle aldıkları vitamin miktarlarına bakıldığında B₁₂ vitamininde farklılık tespit edilmiştir. Depresyon riski olmayan anneler ortalama olarak daha fazla B₁₂ vitamini tüketmektedir (p=0,032).
- Beslenme bilgi puanı toplamı depresyon ölçeği ile ters yönde %28,5; emzirme başarısı ile aynı yönde %25,5 ve Emzirme Özyeterliliği ile %24,9'luk aynı yönlü ilişkiye sahiptir.
- Edinburgh Doğum sonrası Depresyon Ölçeği puanı, emzirme başarısı ve özyeterliliği ile ters yönde sırasıyla %19,3 ve %26,5 olarak istatistiksel ilişkiye sahiptir.
- Emzirme başarısı ile emzirme özyeterliliği arasında aynı yönde (%24,3) pozitif bir ilişki vardır.
- EDDÖ puanının 1 puan artması ortalama olarak öz yeterlilikte 0,315 puan, emzirme başarısında (LATCH) 0,062; beslenme bilgi düzeyinde 0,133 puan düşüşe sebep olmaktadır.
- Depresyon görülme durumu açısından riskli olan annelerin emzirme özyeterliliği daha düşüktür (p=0,001). Ayrıca annelerin emzirme başarısı depresyon riski olan grupta daha düşük olarak bulunmuştur (p=0,017). Depresyon riski taşıyan annelerin beslenme bilgi düzeyi ortalama puanı diğer gruba göre daha düşüktür (p=0,006).
- Başarılı emzirme eylemi gösteren annelerin emzirme özyeterliliği ve beslenme bilgi düzeyleri daha yüksektir (p=0,001).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Doğum sonrası dönemde bebeğe olan ilgi artmakta ve annenin yaşadığı bazı duygusal sorunlar gözden kaçabilmektedir. Depresyon gelişimine yatkın olan anneler emzicilik döneminde yaşadığı sorunlara karşı daha zor mücadele etmekte ve kendine olan güvenini daha çabuk yitirebilmektedir. Anne çevresindeki bireylerin etkisiyle bilgi karmaşası yaşayabilmekte ve bu durum daha fazla stres altında olmasına sebep olmaktadır. Kadının yaşadığı stres ve kaygı bebeğini başarılı bir şekilde emzirmesine engel olmaktadır. Bu durum annenin hem kendi sağlığını hem de emzirme durumunu etkileyerek bebeğin büyüme ve gelişimini olumsuz etkilemektedir. Postpartum depresyon gelişimini takip etmek amaçlı annelerin kendilerini daha iyi ifade etmeleri,

aile bireylerinin doğum sonu dönemde yaşanabilecek duygusal durumlar konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Özellikle daha önce depresyon geçiren, istenmeyen/planlı olmayan gebelik yaşayan, dört ve üzerinde çocuk sahibi olan annelerin izlemlerinin yapılması önemli olmaktadır.

Annelerin kendi bebeklerini emzirebilme konusunda hissettiği güven emzirme başarısını etkilemektedir. Annelerin bebeklerini yeterli süt alıp alamadıklarını, emmeye başlama ve bitirme isteklerini, yutma sesinin varlığı vb. durumları doğru bir şekilde değerlendirebilmeleri gerekmektedir. Bu şekilde tamamlayıcı besinlere erken başlama, mama verme vb. durumlar engellenecektir. Annenin emzirmeden hoşnut kalması, emzirme konusunda istekli olması bebeği ile olumlu iletişim kurması adına önemlidir. Meme başı çatlakları vb. sorunlar karşısında annenin ne yapacağını bilmesi güvenini artıracaktır. Sadece gebelik döneminde değil gebelik öncesi ve sonrasında da annenin desteklenmesi, doğru emzirme tekniklerinin anlatılması annenin emzirme öz yeterliliğini destekleyecektir.

Annelerin sadece anne sütü verme, tamamlayıcı besinlere başlama zamanı, besin hazırlama ve pişirme teknikleri, ishali çocuğa yaklaşım ve anne sütünü artırmaya yönelik yaptıkları uygulamalarda bilgi eksikliklerinin olduğu söylenebilir. Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılabilmesi ve sürdürülebilmesi için annelere emzirmenin önemi, ilk 6 ay boyunca bebeğin anne sütü dışında hiçbir besine ihtiyacı olmadığı, anne sütünü artırmak için annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, bol sıvı tüketmesi ve bebeğini sık sık emzirmesi gerektiği anlatılmalıdır. Annelerin başarılı ve etkili emzirme konusunda kendilerinin de aktif olarak katılacağı konunun uzmanları tarafından verilecek eğitimler düzenlenmeli ve anneler teşvik edilmelidir. Annelerin var olan öz güvenlerinin gerekli eğitimler sonrasında bilgi eksiklikleri giderilerek desteklenmesi başarılı emzirmenin sağlanması adına yararlı olacaktır. Ayrıca annelerin hastanede başlayan eğitim sürecinin gebe ve bebek takibi sırasında pekiştirilmesi anne-bebek sağlığını iyileştirmek adına önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(4), 294-298.
2. Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
3. Ulutaş, A., Aksoy, A. B. and Çalışkan, Z. (2016). Anne-Bebek Etkileşimi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 38-44
4. Üst, Z. D., Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 306-317.
5. Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2),15-22.
6. Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
7. Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-82.
8. Marakoğlu, K., Özdemir, S. and Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(1), 206-214
9. Sünter, A. T., Güz, H., Ordulu, F., Öz, H. and Pekşen, Y. (2002). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *VIII. Ulusal halk sağlığı kongresi kitabı*, 855-858.
10. Deliktaş, A., Körükcü, Ö. and Kukulcu, K. (2015). Motherhood experience in different groups. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*,5(4), 274-283.
11. Tulı, K. (1995). Stress of mother during pregnancy and postpartum stages, *Instructions For Use*, 3(19),45-50
12. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
13. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
14. O'hara, M. W., McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.

15. Annagür, B. B., Annagür, A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3).
16. Nielsen, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, J. and Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.
17. Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1.
18. Misri, S., Kostaras, X., Fox, D. and Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 554-558.
19. Figueiredo, B., Canário, C. and Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(05), 927-936.
20. Mezzacappa, E. S. and Katkin, E. S. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 21(2), 187.
21. Kendall-Tackett, K. (2007). A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal*, 2(1), 1.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). *2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
23. Keemer, F. (2011). *Breastfeeding self-efficacy and alternative techniques to overcome maternal or infant breastfeeding challenges: a retrospective descriptive study*, Queensland University of Technology, School of Nursing and Midwifery, Australia
24. Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15, 195-202.
25. Gür, E. (2007). Anne sütü ile beslenme. *Türk Pediatri Arşivi*, 42, 11-5.
26. Aghdas, K., Talat, K., Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37-40.
27. Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
28. Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61-64.

29. Taşdemir, S., Kaplan, S. and Bahar, A. (2006). Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 106.
30. Gulec, D., Kavlak, O. and Sevil, U. (2014). Emotional problems of parents in the postpartum period and nursing care/Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 11(1), 54-61.
31. Bozkuş Eğri, G., Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye’den örnekler. *Zeitschrift für die Welt der Türken/Journal of World of Turks*, 3(1), 143-155.
32. Kurnaz, D. (2014). Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler, Yüksel lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
33. Tezel, A., & Gözüm, S. (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(2), 062-068.
34. Gülseren, L. (1999) Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10: 58-67.
35. Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C., and Bottéro, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 157-165.
36. Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., and Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women’s Health Program for Toronto Public Health.
37. Kemp, B., Bongartz, K., & Rath, W. (2002). [Psychic disturbances in the postpartum period: an increasing problem?]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 207(5), 159-165.
38. Yüksekol, Ö. D., Arguvanlı, S. Ç., and Başer, M. (2014). Annelik Hüznü ve Hemşirelik. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 56-61.
39. Erdem, Ö. (2009). Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2009(1), 32-37.
40. Cummings, E. M., Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-122.
41. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., and Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), 357-364.
42. Kırpınar, İ., Tepeli, İ. Ö., and Gözüm, S. (2012). Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısız dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 16-23.

43. Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., and Sahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1201-1207.
44. Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., and Aycan, S. (2011). Hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medicine Journal*, 28(4), 385-393.
45. Karaçam, Z., Kitiş, Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187-196.
46. Gülnar, D., Sunay, D., and Çaylan, A. (2010). Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 20(3), 141-148.
47. Arslantaş, H., Ergin, F., and Balkaya, N. A. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(3) : 13 - 22*
48. Chaudron, L. H. (2003). Postpartum Depression. *Pediatrics in Review*, 24(5), 155
49. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., & Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333-4.
50. Gümüş, A. B., Keskin, G., Alp, N., Özyar, S., Karsa, A. (2012). Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. *Yeni Symposium* 50(3).
51. Battaloğlu, B., Aydemir, N., and Hatipoğlu, S. (2012). Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. *Medical Journal of Bakirkoy*, 8(1).
52. Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D. A., and Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 55-59.
53. Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., and Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 243-251.
54. Nicklas, J. M., Miller, L. J., Zera, C. A., Davis, R. B., Levkoff, S. E., and Seely, E. W. (2013). Factors associated with depressive symptoms in the early postpartum period among women with recent gestational diabetes mellitus. *Maternal and Child Health Journal*, 17(9), 1665-1672.
55. Parry, B. L., Hamilton, J. (1995). Postpartum psychiatric syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1, 1059-1066.
56. Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., and Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of affective disorders*, 3(4), 317-326.
57. Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., and Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women & Health*, 36(3), 101-121.

58. Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5), 297-303.
59. Bloch, M., Daly, R. C. and Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234-246.
60. Sacher, J., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P. M., and Meyer, J. H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 468-474.
61. Erdem, Ö., Çelepkolu, T. (2014). Risk Factors and Causes of Postpartum Depression. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*,8(3), 101-107.
62. Workman, J. L., Barha, C. K., and Galea, L. A. (2012). Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. *Behavioral Neuroscience*, 126(1), 54.
63. Skalkidou, A., Sylvén, S. M., Papadopoulos, F. C., Olovsson, M., Larsson, A., and Sundström-Poromaa, I. (2009). Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case-control study within the UPPSAT cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 34(9), 1329-1337.
64. Özkan, H., Üst, Z. D., Gündoğdu, G., Çapık, A., and Şahin, S. A. (2014). Erken Postpartum Dönemde Emzirme ve Depresyon Arasındaki İlişki. *SiSli Etfal Hast Tip Bul*, 125-32.
65. Reese, E. A. (2008). *Handbook of nutrition and pregnancy*. C. J. Lammi-Keefe, S. C. Couch, & E. Philipson (Eds.). Springer Science & Business Media., postpartum depression and the role of nutritional factors.,;297
66. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). Ankara: Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, s:131. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fsbu.saglik.gov.tr%2FEkutuphane%2Fkitaplar%2FG%25C3%25BCvenli%2520Annelik%2520kat%25C4%25B1%25C4%25B1mc%25C4%25B1%2520kitab%25C4%25B1.pdf&date>. Son erişim tarihi: 11.07.2016
67. Dias, C. C., Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142-154.
68. Erdem, Ö. (2014). Doğum sonrası psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2014(1), 74-77.
69. Kocabaşoğlu, N, Başer, S.Z. (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62,349-354
70. Köksal, G., Gökmen, H. (2000). Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
71. Giray, H. (2004). Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(1), 12-15.

72. Landrigan, P. J., Sonawane, B., Mattison, D., McCally, M., and Garg, A. (2002). Chemical contaminants in breast milk and their impacts on children's health: an overview. *Environmental Health Perspectives*, 110(6), 313.
73. Ballard, O., Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49-74.
74. Walker, A. (2010). Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *The Journal of Pediatrics*, 156(2), 3-7.
75. Baysal, A. (2006). *Beslenme* (11. Baskı), Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
76. World Health Organization. (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.
77. UNICEF, (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. Ankara:
78. Jansson, L., Akesson, B., and Holmberg, L. (1981). Vitamin E and fatty acid composition of human milk. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 34(1), 8-13.
79. Chuang, C. K., Lin, S. P., Lee, H. C., Wang, T. J., Shih, Y. S., Huang, F. Y., and Yeung, C. Y. (2005). Free amino acids in full-term and pre-term human milk and infant formula. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 40(4), 496-500.
80. Moltó-Puigmartí, C., Castellote, A. I., Carbonell-Estrany, X., and López-Sabater, M. C. (2011). Differences in fat content and fatty acid proportions among colostrum, transitional, and mature milk from women delivering very preterm, preterm, and term infants. *Clinical Nutrition*, 30(1), 116-123.
81. Playford, R. J., Macdonald, C. E., and Johnson, W. S. (2000). Colostrum and milk-derived peptide growth factors for the treatment of gastrointestinal disorders. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(1), 5-14.
82. Brock, J. H. (1980). Lactoferrin in human milk: its role in iron absorption and protection against enteric infection in the newborn infant. *Archives of Disease in Childhood*, 55(6), 417.
83. Thapa, B. R. (2005). Health factors in colostrum. *The Indian Journal of Pediatrics*, 72(7), 579-581.
84. Zarban, A., Taheri, F., Chahkandi, T., Sharifzadeh, G., and Khorashadizadeh, M. (2009). Antioxidant and radical scavenging activity of human colostrum, transitional and mature milk. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*, 45(2), 150-154.
85. Uruakpa, F. O., Ismond, M. A. H., and Akobundu, E. N. T. (2002). Colostrum and its benefits: a review. *Nutrition Research*, 22(6), 755-767.
86. Read, L. C., Upton, F. M., Francis, G. L., Wallace, J. C., Dahlenberg, G. W., and Ballard, F. J. (1984). Changes in the growth-promoting activity of human milk during lactation. *Pediatric Research*, 18(2), 133-139.

87. Palmeira, P., Carbonare, S. B., Amaral, J. A., Tino-De-Franco, M., and Carneiro-Sampaio, M. M. S. (2005). Colostrum from healthy Brazilian women inhibits adhesion and contains IgA antibodies reactive with Shiga toxin-producing *Escherichia coli*. *European Journal of Pediatrics*, 164(1), 37-43.
88. Wheeler, T. T., Hodgkinson, A. J., Prosser, C. G., and Davis, S. R. (2007). Immune components of colostrum and milk—a historical perspective. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 12(4), 237-247.
89. Aydin, S., Aydin, S., Ozkan, Y., & Kumru, S. (2006). Ghrelin is present in human colostrum, transitional and mature milk. *Peptides*, 27(4), 878-882.
90. Köksal, N., Aydoğdu, H., Şentürk, E., Perçin, K., & Özkan, H. (2005). Anne sütünün immünolojik özellikleri. *Güncel Pediatri*, 3, 74-7.
91. BAŞOĞLU, M. (2010). Memenin Anatomisi, Embriyolojisi, Histoloji ve Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Radiology Special Topics*, 3(3), 1-7.
92. Cabioglu, N.(2012). *Memenin anatomisi ve fizyolojisi, MHDF Meme Hastalıkları Kitabı (2. Baskı)* ,Güneş Tıp Kitapevi. Ankara, 3.
93. Ateş, S. (2014). *Kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının değerlendirilmesi*.Yüksek Lisans Tezi, Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
94. İnternet: Kültürsay, N. Bilgen, H. Türkyılmaz, C. (2014). *Türk neonatoloji derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi*, http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fyenidogan.weebly.com%2F%2Fuploads%2F9%2F8%2F1%2F2%2F9812741%2Fterm_beslenme.pdf+%&date=2016-08-11. Son erişim tarihi: 13.07.2016
95. Yaman, M. (2013) *Gebe -emziren kadın ve 0-1 yaş çocuk beslenmesi.*, arlı, m., şanlıer, n., küçükkömürler, s.,yaman, m., in *ana ve çocuk beslenmesi.*, Altıncı Baskı. Ankara. Pegem A Yayıncılık, s.115
96. Aksoy, M. Söylemez, F. Tek, İ.(2002) *Laktasyonun Endokrinolojisi*, Dirim Tıp Dergisi, 77(4): p. 22-27.
97. Şanlıer, N. (2004) *Çocuk ve beslenme:"çocuğum doğru besleniyor mu?"* 2. Bsk İstanbul : Morpa Kültür Yayınları.
98. Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B., and Bideci, A. E. (2002). *Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi, saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali*.
99. Neville, M. C., Morton, J., and Umemura, S. (2001). Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 35-52.
100. Gallup, G. G., Pipitone, R. N., Carrone, K. J., and Leadholm, K. L. (2010). Bottle feeding simulates child loss: postpartum depression and evolutionary medicine. *Medical Hypotheses*, 74(1), 174-176.

101. Yüksel, S., Akyol, S. (2016). Yenidoğan beslenmesinde anne sütünün diğer beslenme türlerine üstünlüğü. *Yeni Tıp Dergisi*, 33(2), 74-82.
102. Neifert, M. R. (1998). The optimization of breast-feeding in the perinatal period. *Clinics in Perinatology*, 25(2), 303-326.
103. Cangöl, E., Şahin, N. H. (2014). Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı (factors affecting breastfeeding and breastfeeding Counselling). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(3), 100-105.
104. Zuppa, A. A., Sindico, P., Orchi, C., Carducci, C., Cardiello, V., Catenazzi, P., and Romagnoli, C. (2010). Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 13(2), 162-174.
105. Elmacioğlu, F. (2008). *Anne ve bebek beslenmesi*, (1.Baskı), Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
106. İnternet: UNICEF, World Health Organization. (1989). Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F39679%2F1%2F9241561300.pdf%3Fua%3D1%26ua%3D1&date=2016-08-11>. Son erişim tarihi: 13.07.2016
107. İnternet: Naylor AJ, Wester RA.(2013) Lactation Management Self-Study Modules: Level I. Prepared for Wellstart International. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.wellstart.org%2FSelf-Study-Module.pdf&date=2016-08-11>. Son erişim tarihi: 13.07.2016
108. Selimoğlu, A. (2014), *Sağlıkta ve hastalıkta çocuk beslenmesi*, İstanbul: Akademi Yayınevi.
109. Akyüz, A., Kaya, T., and Şenel, N. (2007). Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 331-335.
110. Kartal, B., Kaplan, B., Buldu, A., Ateş, C. S., & Ekinçi, E. (2015). Doğum sonu dönemdeki kadınların emzirme özellikleri ve meme sorunları. *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*, (1), 1-10.
111. Koç, G. I., Tezcan, S. (2005). Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(2), 1-13.
112. Şahin, H., Yılmaz, M., Aykut, M., Balcı, E., Sağıroğlu, M., and Öztürk, A. (2013). Kayseri’de iki toplum sağlığı merkezine başvuran annelerde emzirme sorunları ve risk etmenleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 48(2).
113. Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş., and Hassoy, H. (2005). Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(3), 226-233.

114. Çeçe, Ö., Yenal, K. (2012). Çalışan annelerin emzirme sürelerini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1, 10-17
115. Kitiş, Y., Karaçam, Z. (2004). Emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak pamukçuk; önleme, tanı ve tedavide hemşire/ebenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1)
116. Gözükar, F. (2014). Emzirmenin başarılmasında anahtar faktör: baba desteğinin sağlanması ve hemşirenin rolleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 289-296
117. Fewtrell, M. S. (2004). The long-term benefits of having been breast-fed. *Current Paediatrics*, 14(2), 97-103.
118. Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., and Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
119. Quigley, M. A., Hockley, C., Carson, C., Kelly, Y., Renfrew, M. J., and Sacker, A. (2012). Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 160(1), 25-32.
120. Victora, C. G., Horta, B. L., de Mola, C. L., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., and Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*, 3(4), 199-205.
121. Belfort, M. B., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., Guthrie, L. B., Bellinger, D. C., Taveras, E. M., and Oken, E. (2013). Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatrics*, 167(9), 836-844.
122. Bider-Canfield, Z., Martinez, M. P., Wang, X., Yu, W., Bautista, M. P., Brookey, J., Page, K. A., Buchanan, T. A., and Xiang, A. H. (2016) Maternal obesity, gestational diabetes, breastfeeding and childhood overweight at age 2 years. *Pediatric Obesity*, doi: [10.1111/ijpo.12125](https://doi.org/10.1111/ijpo.12125).
123. Rudnicka, A. R., Owen, C. G., and Strachan, D. P. (2007). The effect of breastfeeding on cardiorespiratory risk factors in adult life. *Pediatrics*, 119(5), e1107-e1115.
124. Chantry, C. J., Howard, C. R., and Auinger, P. (2006). Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics*, 117(2), 425-432.
125. Arifeen, S., Black, R. E., Antelman, G., Baqui, A., Caulfield, L., and Becker, S. (2001). Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*, 108(4), 67-67.
126. Lamberti, L. M., Walker, C. L. F., Noiman, A., Victora, C., and Black, R. E. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*, 11(3), 1.

127. Plenge-Bönig, A., Soto-Ramírez, N., Karmaus, W., Petersen, G., Davis, S., and Forster, J. (2010). Breastfeeding protects against acute gastroenteritis due to rotavirus in infants. *European Journal of Pediatrics*, 169(12), 1471-1476.
128. Sullivan, S., Schanler, R. J., Kim, J. H., Patel, A. L., Trawöger, R., Kiechl-Kohlendorfer, U., and Laroia, N. (2010). An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *The Journal of pediatrics*, 156(4), 562-567.
129. Meinzen-Derr, J., Poindexter, B., Wrage, L., Morrow, A. L., Stoll, B., and Donovan, E. F. (2009). Role of human milk in extremely low birth weight infants' risk of necrotizing enterocolitis or death. *Journal of Perinatology*, 29(1), 57-62.
130. Turck, D. (2005). [Breast feeding: health benefits for child and mother]. *Archives de Pédiatrie: Organe Officiel de la Société Française de Pédiatrie*, 12, S145-65.
131. Labbok, M. H. (2001). Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 143-158.
132. Zidi, I., Kharrat, N., Sebai, R., Zidi, N., Yahia, H. B., Bouaziz, A., and Rizzo, R. (2016). Pregnancy and breastfeeding: a new theory for sHLA-G in breast cancer patients?. *Immunologic Research*, 64(2), 636-639.
133. Parikh, N. I., Hwang, S. J., Ingelsson, E., Benjamin, E. J., Fox, C. S., Vasan, R. S., and Murabito, J. M. (2009). Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *The American Journal of Medicine*, 122(7), 656-663.
134. Chouinard-Castonguay, S., Weisnagel, S. J., Tchernof, A., and Robitaille, J. (2013). Relationship between lactation duration and insulin and glucose response among women with prior gestational diabetes. *European Journal of Endocrinology*, 168(4), 515-523.
135. World Health Organization, & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. World Health Organization.
136. Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., and Bellagio Child Survival Study Group. (2003). How many child deaths can we prevent this year?. *The lancet*, 362(9377), 65-71.
137. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
138. Şahin, B. M., Özerdoğan, N. (2014). Başarılı emzirme için sosyal bilişsel ve emzirme öz-yeterlilik kuramlarına dayalı hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (3), 11-15
139. Zubaran, C., Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 9-15.

140. McQueen, K. A., Dennis, C. L., Stremler, R., and Norman, C. D. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(1), 35-46.
141. Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., and De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
142. Aubuchon-Endsley, N. L., Kennedy, T. S., Gilchrist, M., Thomas, D. G., and Grant, S. (2015). Relationships among socioeconomic status, dietary intake, and stress in breastfeeding women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(6), 939-946.
143. Bodnar, L. M., & Wisner, K. L. (2005). Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biological Psychiatry*, 58(9), 679-685.
144. Chatzi, L., Melaki, V., Sarri, K., Apostolaki, I., Roumeliotaki, T., Georgiou, V., and Kogevinas, M. (2011). Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child 'Rhea' cohort in Crete, Greece. *Public health nutrition*, 14(09), 1663-1670.
145. Gangwisch, J. E., Hale, L., Garcia, L., Malaspina, D., Opler, M. G., Payne, M. E., and Lane, D. (2015). High glycemic index diet as a risk factor for depression: analyses from the Women's Health Initiative. *The American Journal of Clinical nutrition*, ajcn103846.
146. Ellsworth-Bowers, E. R., & Corwin, E. J. (2012). Nutrition and the psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Nutrition Research Reviews*, 25(1), 180-192
147. Judge, M. P., Beck, C. T., Durham, H., McKelvey, M. M., & Lammi-Keefe, C. J. (2014). Pilot trial evaluating maternal docosahexaenoic acid consumption during pregnancy: decreased postpartum depressive symptomatology. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 339-345.
148. Levant, B., Ozias, M. K., Davis, P. F., Winter, M., Russell, K. L., Carlson, S. E., and McCarson, K. E. (2008). Decreased brain docosahexaenoic acid content produces neurobiological effects associated with depression: interactions with reproductive status in female rats. *Psychoneuroendocrinology*, 33(9), 1279-1292.
149. De Vriese, S. R., Christophe, A. B., and Maes, M. (2003). Lowered serum n-3 polyunsaturated fatty acid (PUFA) levels predict the occurrence of postpartum depression: further evidence that lowered n-PUFAs are related to major depression. *Life Sciences*, 73(25), 3181-3187.
150. Markhus, M. W., Skotheim, S., Graff, I. E., Frøyland, L., Braarud, H. C., Stormark, K. M., and Malde, M. K. (2013). Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression. *PloS one*, 8(7), e67617.

151. Hibbeln, J. R. (2002). Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national, ecological analysis. *Journal of Affective Disorders*, 69(1), 15-29.
152. Parker, G., Hegarty, B., Granville-Smith, I., Ho, J., Paterson, A., Gokiert, A., and Hadzi-Pavlovic, D. (2015). Is essential fatty acid status in late pregnancy predictive of post-natal depression?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(2), 148-156.
153. Arbabi, L., Baharuldin, M. T. H., Moklas, M. A. M., Fakurazi, S., and Muhammad, S. I. (2014). Antidepressant-like effects of omega-3 fatty acids in postpartum model of depression in rats. *Behavioural Brain Research*, 271, 65-71.
154. Ramakrishnan, U. (2011). Fatty acid status and maternal mental health. *Maternal & Child Nutrition*, 7(2), 99-111.
155. Makrides, M., Gibson, R. A., McPhee, A. J., Yelland, L., Quinlivan, J., and Ryan, P. (2010). Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *Jama*, 304(15), 1675-1683.
156. Freeman, M. P. (2009). Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(suppl 5), 7-11.
157. Levant, B. (2010). N-3 (omega-3) Fatty acids in postpartum depression: implications for prevention and treatment. *Depression research and treatment*, Depression Research and Treatment Volume 2011, Article ID 467349, 1-16
158. Mawson, A. R., Xueyuan, W. (2013). Breastfeeding, retinoids, and postpartum depression: A new theory. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1129-1135.
159. Fidaner, H. (2001). Duygudurum bozuklukları ve folatlar. *Duygudurum Dizisi*, 6, 272-276.
160. Özyurtlu, D., Örün, M. O., Sıvacı, A. Ö., Duran, S., Demiralay, A., Türkeş, N., and Bakar, M. (2015) B12 Vitamini ve Folik Asit Eksikliğinin Bilişsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(1) 5-9.
161. Leung, B. M., Kaplan, B. J. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), 1566-1575.
162. Şen, S., Durat, G., Atasoy, I. (2009). Vitamin B 12 ve Folik Asit Eksikliğinin Psikiyatrik ve Nörolojik Bozukluklarla İlişkisi. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 7(1), 31-36.
163. Karakuła, H., Opolska, A., Kowal, A., Domański, M., Płotka, A., & Perzyński, J. (2009). [Does diet affect our mood? The significance of folic acid and homocysteine]. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 26(152), 136-141.

164. Bottiglieri, T. (2005). Homocysteine and folate metabolism in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(7), 1103-1112.
165. Behzadi, A. H., Behbahani, A. S., and Ostovar, N. (2008). Therapeutic effects of folic acid on ante partum and postpartum depression. *Medical hypotheses*, 71(2), 313-314.
166. Blunden, C. H., Inskip, H. M., Robinson, S. M., Cooper, C., Godfrey, K. M., and Kendrick, T. R. (2012). Postpartum depressive symptoms: the B-vitamin link. *Mental Health in Family Medicine*, 9(1), 5.
167. Miyake, Y., Sasaki, S., Tanaka, K., Yokoyama, T., Ohya, Y., Fukushima, W., and Maternal, T. O. (2006). Dietary folate and vitamins B 12, B 6, and B 2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*, 96(1), 133-138.
168. Fu, C. W., Liu, J. T., Tu, W. J., Yang, J. Q. and Cao, Y. (2015). Association between serum 25-hydroxyvitamin D levels measured 24 hours after delivery and postpartum depression. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(12), 1688-1694.
169. Accortt, E. E., Schetter, C. D., Peters, R. M., and Cassidy-Bushrow, A. E. (2016). Lower prenatal vitamin D status and postpartum depressive symptomatology in African American women: preliminary evidence for moderation by inflammatory cytokines. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 373-383.
170. Robinson, M., Whitehouse, A. J., Newnham, J. P., Gorman, S., Jacoby, P., Holt, B. J., and Kusel, M. M. (2014). Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms. *Archives of women's mental health*, 17(3), 213-219.
171. Gur, E. B., Gokduman, A., Turan, G. A., Tatar, S., Hepyilmaz, I., Zengin, E. B., and Guclu, S. (2014). Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 179, 110-116.
172. Nielsen, N. O., Strøm, M., Boyd, H. A., Andersen, E. W., Wohlfahrt, J., Lundqvist, M., and Melbye, M. (2013). Vitamin D status during pregnancy and the risk of subsequent postpartum depression: a case-control study. *PloS one*, 8(11), e80686.
173. Gur, E. B., Genc, M., Eskicioglu, F., Kurtulmus, S., and Guclu, S. (2015). The effect of vitamin D level in pregnancy on postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 18(2), 263-264.
174. Zarrindast, M. R. (2012). Acute Administration of Zn, Mg, and Thiamine Improves Postpartum Depression Conditions in Mice. *Archives of Iranian Medicine*, 15(5), 306.
175. Wacker, W. E., Parisi, A. F. (1968). Magnesium metabolism. *New England Journal of Medicine*, 278(12), 658-663.

176. Etebary, S., Nikseresht, S., Sadeghipour, H. R., and Zarrindast, M. R. (2010). Postpartum depression and role of serum trace elements. *Iranian journal of psychiatry*, 5(2), 40-6.
177. Aaserud, M., Lewin, S., Innvaer, S., Paulsen, E. J., Dahlgren, A. T., Trommald, M., and Oxman, A. D. (2005). Translating research into policy and practice in developing countries: a case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia. *BMC Health Services Research*, 5(1), 1.
178. Eby, G. A., Eby, K. L. (2006). Rapid recovery from major depression using magnesium treatment. *Medical Hypotheses*, 67(2), 362-370.
179. Beard, J. L., Hendricks, M. K., Perez, E. M., Murray-Kolb, L. E., Berg, A., Vernon-Feagans, L., and Tomlinson, M. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *The Journal of Nutrition*, 135(2), 267-272.
180. Corwin, E. J., Murray-Kolb, L. E., and Beard, J. L. (2003). Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *The Journal of Nutrition*, 133(12), 4139-4142.
181. Armony-Sivan, R., Shao, J., Li, M., Zhao, G., Zhao, Z., Xu, G and Li, X. (2012). No relationship between maternal iron status and postpartum depression in two samples in China. *Journal of Pregnancy*, 2012.
182. Cox, J. L., Holden, J. M., and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
183. Jensen, D., Wallace, S., and Kelsay, P. (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 23(1), 27-32.
184. Engindeniz, A.N., Küey, L., and Kültür, S. (1997). *Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51-52.
185. Tokat, M. A., Okumuş, H., and Dennis, C. L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108.
186. Tokat, M. A., Okumuş, H. (2013) Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (1), 21-29
187. Yenil, K., Okumuş, H. (2003). LATCH Emzirme Tanılama Aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 38-44.
188. Özdoğan, Y., Uçar, A., Akan, L. S., Yılmaz, M. V., Sürücüoğlu, M. S., Pınar, F., & Özçelik, A. Ö. (2012). Nutritional knowledge of mothers with children aged between 0-24 months. *Journal of Food, Agriculture & Environment*, 10(1), 173-175.

189. Delikan, G.(2013) *Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi'ne başvuran 0-24 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve bebek beslenmesi konusundaki bilgi düzeyleri ile uygulamalarının belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yüksek Lisans Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
190. European Food Safety Authority (2009). *General principles for the collection of national food consumption data in the view of a pan-European dietary survey*. EFSA Journal 7(12):1435.
191. Merdol, T.K. (2003). *Standart yemek tarifeleri*. Ankara:Hatipoğlu Yayınevi
192. Merdol, T.K. Çiğirim,N., Sacır, H. Başoğlu, S. (2000). *Türk mutfağından örnekler*. Ankara:Hatipoğlu Yayınevi
193. Rakıcıoğlu, N., Acar Tek, N.,Ayaz, A. Pekcan, G.(2006) *Yemek ve besin fotoğraf kataloğu: ölçü ve miktarlar*. Ankara : Ata Ofset Matbaacılık.
194. BeBiS (Beslenme Bilgi Sistemi) bilgisayar yazılım programı versiyon 7.2 (2011) (*Ebispro für Windows, Stuttgart, Germany; Türkçe Versiyonu*),
195. İnternet: The National Academies Press (1986). *Nutrient Adequacy: Assessment Using Food Consumption Surveys* Washington, D.C. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Ffile%3A%2F%2F%2FC%3A%2FUsers%2FAcer%2FDownloads%2F618.pdf&date=2016-08-11> Son erişim tarihi: 28.07.2016
196. Gibson, R. S. (2005). *Principles of nutritional assessment*. USA: Oxford university press.
197. World Health Organization. *Obesity and Overweight Fact Sheet No:311*,Geneva.
198. Pekcan, G. (2008). Beslenme durumunun saptanması. A. Baysal (Ed.), *Diyet el kitabı*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi 67-141.
199. Gözen, D.(2010) Çocuk sağlığının göstergesi: büyümenin izlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (1), 5-13
200. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013) *Corp, Armonk, NY, USA*.
201. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2014) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara.
202. YenaL, K., Tokat, M. A., Ozan, Y. D., Çeçe, Ö., and Abalın, F. B. (2013). Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 14-19.
203. Çelebioğlu, A., Tezel, A., and Özkan, H. (2006). Bebek Dostu Olan Ve Olmayan Hastanelerde Emzirme Durumunun Karşılaştırılması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(3).

204. Arslan, G. C. (2011). *Doğum sonu dönemde emzirme öz yeterliliği ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya
205. Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., and Semiz, O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 92-104.
206. Eker, A., Yurdakul, M. (2006). Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 158-163.
207. Kaya, D., Pirinççi, E. (2009). 0-24 aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6) 479-484
208. Merih, Y. D., Alioğulları, A., and Karatana, Ö. (2014). Süt arttırıcı bitki çayının sezaryenle doğum yapmış annelerde anne sütünün içeriği ve yenidoğanın fizyolojik kaybı üzerine etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1),80-92
209. Gökdoğan, M., Balkaya, N. A. (2013) *0-6 Aylık bebeği olan annelerin anne sütünü arttırmaya yönelik geleneksel uygulamaları*. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 14(1) : 31 – 41
210. Dinç, A., Dombaz, İ., Dinç, D.(2015) 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,4(3),125-130
211. Öztürk, R., Saruhan, A. (2013). 1-4 aylık premature bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(1),32-47
212. Akşit, S. (2001). Kilo alamayan çocuğa yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*,10(12), 454-6.
213. Aydın, M. (2010). Samsun ilinde termde doğan bebeklerin vücut ölçümleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 13(3),203-208
214. Gün, İ., Yılmaz, M., Şahin, H., İnanç, N., Aykut, M., Günay, O., and Tuna, Ş. (2009). Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52 (4),176-182
215. Samlı, G., Kara, B., Cöbek Ünalın, P., Samlı, B., Sarper, N., & Gökalp, A. S. (2006). Annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: niteliksel bir araştırma. *Marmara Medical Journal* , 19(1),13-20.
216. Tunçel, E. K., Dündar, C., Pekşen, Y. (2005). Ebelerin anne sütü ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(1),43-48
217. Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum a prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.

218. Ata, K. K., Şahin, N. H. (2015). Gebelik öncesi beden kitle indeksinin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(4), 112-117.
219. Derya, Y. A., & Taşhan, S. T. (2015). Kadınlarda Zayıflık Prevalansı ve Emzirme Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,2(1).17-25
220. Çakmak, V., Şahin, S. (2015). Annedeki Obezitenin Emzirmeye Etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(2).1-5
221. Donath, S. M., & Amir, L. H. (2000). Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration?. *Journal of Paediatrics and Child Health*,36(5), 482-486.
222. Ceylan, S. Şahin, S. (2016) *Obez ve normal kilolu olan annelerin erken dönemde emzirme öz yeterliliği ile emzirme başarılarının karşılaştırılması*, 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. Kocaeli s:160.
223. Erdem, Ö., Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.
224. Gümüş, A. B., Keskin, G., Alp, N., Özyar, S., and Karsa, A. (2012, September). Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. In *Yeni Symposium*, 50(3).
225. Altın, G. E. (2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası psikoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2),188-203
226. Selçuk, M. Y., Usman, M. G., Oktay, M., İstanbullu, A., Özdemir, Ö., and Saraçoğlu, F. (2012). Postpartum Depresyonun Gebelikte Alınan Kilo ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 19(4),256-263
227. Efe, Ş. Y., Taşkın, L., and Eroğlu, K. (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, 10, 14-20.
228. Hilson, J. A., Rasmussen, K. M., and Kjolhede, C. L. (2004). High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 18-29.
229. Herguner, S., Çiçek, E., Annagur, A., Herguner, A., and Ors, R. (2014). Association of Delivery Type with Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment/Dogum seklinin dogum sonrasi depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Dusunen Adam*,27(1), 15.
230. Leung, B. M., Kaplan, B. J., Field, C. J., Tough, S., Eliasziw, M., Gomez, M.F., and Gagnon, L.(2013). Prenatal micronutrient supplementation and postpartum depressive symptoms in a pregnancy cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1),1.
231. Ulusoy, M.N.(2010) *Doğum sonrasi altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerin beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudinal incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Hemsirelik Anabilim Dalı, Konya.

232. Özer, A., Taş, F., Ekerbiçer, H. Ç. (2010). 0-6 aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 315-320
233. Açık, Y. Dinç, E. Benli, S., Tokdemir, M. (1999). Elazığ İlinde Yaşayan-2 Yaş Grubu Çocuğu Olan Kadınların Bebek Beslenmesi ve Anne Sütü Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 8(2), 53-62.
234. Örsdemir, Ç.(2011),Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin bilgileri ve Emzirme Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa
235. Kepekçi, M., Yalçinoğlu, N., Devocioğlu, E., Eren, T., and Gökçay, G. (2012). Emzirme danışmanlığı birimine başvuran annelerin ve bebeklerin incelenmesi. *Journal Of The Child/Cocuk Dergisi*, 12(4), 164-168
236. Kirlek, F., Akdolun-Balkaya, N. (2013). Erken postpartum dönemde meme başı ağrısı ve çatlaklarının önlenmesinde anne sütü ve zeytinyağının etkisi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(2),17-34
237. Bostancı, G., Sevil, İ. (2015). Bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin ve bebeklerini emzirme durumlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*,2(3):260-270.
238. Berg, O., Hung, K. J. (2011). Early Skin-to-skin to improve breastfeeding after cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(1),18-19.
239. Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Schetter, C. D. and Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 411-422.
240. Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C. L. and MacArthur, C. (2008). Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse UK sample. *Public Health Nursing*, 25(3), 278-284.
241. Küçüköğlü, S., AYTEKİN, A., and ATEŞEYAN, S. (2015).Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bebeklerine Anne Sütü Verme Eğilimleri ile Emzirme Öz Yeterliliklerinin Karşılaştırılması, *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 71-78.
242. Küçüköğlü, S., Çelebioğlu, A., and Coşkun, D. (2014).Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 921-932
243. Cinar, N., Köse, D., & Altinkaynak, S. (2015). The Relationship Between Maternal Attachment, Perceived Social Support and Breast-Feeding Sufficiency. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 25(4), 271-275.

244. Alus Tokat, M., Serçekuş, P., Yenal, K., and Okumuş, H. (2015). Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 73-79.
245. Baysal, H. Y., Türkoğlu, N., and Küçükoğlu, S. (2014). Comparison of perception of breastfeeding self-efficacy of mothers with healthy and sick children. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 4(1), 31-36.
246. Akyüz, Y., Beydağ K.D. (2016). *Doğum yapan kadınların maternal bağlanma ve emzirme yeterliliği ilişkisi*, 2. Ege Gebelik ve Doğum Kongresi. İzmir
247. Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., and Woodend, A. K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 616-624.
248. Ekşioğlu, A. Turfan, E.Ç.(2015). *Emzirme akran danışmanlığının ilk kez doğum yapan annelerin emzirme özyeterliliklerine etkisi*. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(2-3), 36-48
249. Ekşioğlu, A.B. (2007). *Akran eğitimi yolu ile anneden anneye emzirme yeterlilik eğitiminin etkisinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı İzmir.
250. Watkins, S., Meltzer-Brody, S., Zolnoun, D., and Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2, Part 1), 214-221.
251. Kılıcı, H. (2014). Postpartum erken dönem emzirme başarısı ile postpartum geç dönem emzirme öz yeterlilik ve meme sorunları arasındaki ilişki, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,Aydın
252. Çalık, K. Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi depression in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar*,3: 142-162.
253. Otsuka, K., Dennis, C. L., Tatsuoka, H., and Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*,37(5), 546-555.
254. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü,T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (2004) Türkiye'ye özgü beslenme rehberi. 57-60.
255. Aydın, M. (2013). *Maternal serum ve anne sütünün leptin ve ghrelin düzeyi ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara.





EKLER

Ek-1 Güç (Power) analizi

Güç analizi

Testing mean 1 = mean 2 (versus not =)

Calculating power for mean 1 = mean 2 + difference

Alpha = 0,05 Assumed standard deviation = 0,25

Sample Target

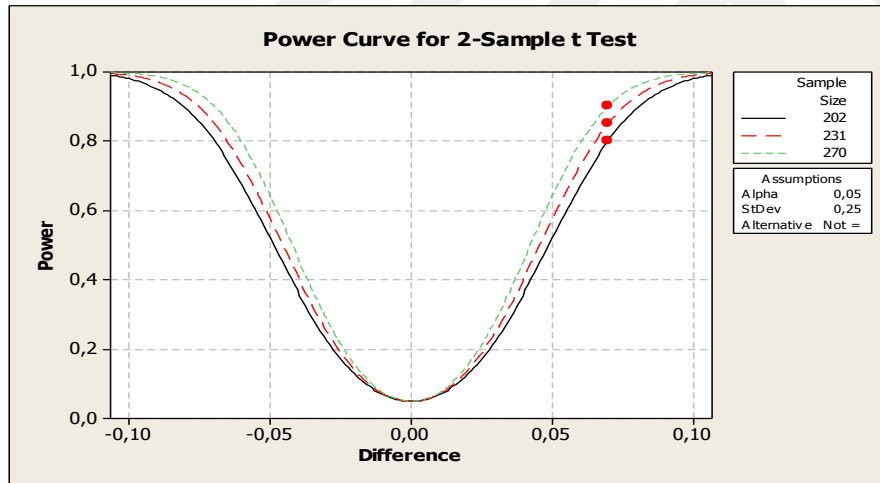
Difference Size Power Actual Power

0,07 202 0,80 0,801579

0,07 231 0,85 0,851511

0,07 270 0,90 0,901045

Örneklemler için test gücü %80-%85 arasındadır.



Ek-2. Etik Kurul Onayı

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı : 108400987-328
Konu: Etik Kurulu Kararı

02/06/2015

Sayın Hatice BÖLÜKBAŞI

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyonun emzirme öz yeterlilik ve emzirme başarısına etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

Ek-2. (devam) Etik Kurul Onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyonun emzirme öz yeterlilik ve emzirme başarısına etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hatice BÖLÜKBAŞI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Ek-2. (devam) Etik Kurul Onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	13.05.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	13.05.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 302		Tarih: 02.06.2015	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
---------------------------------------	-----------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Ek- 3. Yazılı Onam Formu



GAZİ ÜNİVERSİTESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Arş. Gör. Hatice BÖLÜKBAŞI tarafından yürütülen "DOĞUM SONRASI ALTI AYLIK DÖNEMDE POSTPARTUM DEPRESYONUN EMZİRME ÖZ YETERLİLİK VE EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ " başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken açıklamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Ek- 4.Anket Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad- Soyad:

Anket No:

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Eğitim durumunuz nedir?
nedir?

- a) Okur-yazar değil değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite ve üzeri üzeri

3. Eşinizin eğitim durumu

- a) Okur-yazar
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite ve

4. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Özel sektör
- e) Diğer

5. Eşinizin mesleği nedir?

- a) İşçi
- b) Memur
- c) Özel sektör
- d) Çalışmıyor
- e) Diğer

6. Aile tipi?

- a) Çekirdek Aile
- b) Geniş Aile

7. Doğum şekliniz nasıldı?

- a) Normal
- b) Sezaryen

8. Gebeliğiniz planlı mı oldu?

- a) Evet
- b) Hayır

9. Bebeğinizi ilk 24 saat içinde ne zaman emzirdiniz?

- a) Doğumdan hemen sonra
- b) 60 dakika içinde
- c) 61 dk ve üzeri
- d) Emzirme gerçekleşmedi

10. Emzirme ile ilgili daha önce herhangi bir bilgi aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Ek- 4.(devam) Anket Formu

11. Yanıtınız *evet* ise nereden/kimden bilgi aldığınızı belirtiniz?
- Ebe/hemşire
 - Doktor
 - Gazete / dergi
 - Televizyon
 - İnternet
 - Diğer (belirtiniz).....
12. Gebelik süresince her hangi bir besin desteği aldınız mı?
- Evet ise (belirtiniz)
 - Hayır
13. Hiç depresyon geçirdiniz mi, psikolojik tedavi gördünüz mü?
- Evet
 - Hayır
14. Çocuğunuza ağızdan ilk olarak verdiğiniz besin nedir?
- Kolostrum (anne memesinde ilk oluşan süt)
 - Hazır mama
 - Şekerli su
 - Diğer (belirtiniz).....
15. Anne sütü dışında başka besin veriyor musunuz ?
- Evet ise belirtiniz
 - Hayır
16. Anne sütü dışında başka besin veriyorsanız nedenini belirtiniz?
- Sütüm yetmiyor.
 - Bebek emmek istemiyor.
 - Çalışma durumum nedeniyle
 - Diğer (belirtiniz).....
17. Anne sütünü arttırıcı herhangi bir ürün kullanıyor musunuz?
18. Bebeğinizi ne sıklıkta emziriyorsunuz?
19. Bu sizin kaçınıcı çocuğunuz?.....
20. Kaçınıcı gebelik haftasında doğum yaptınız?.....
21. Bebeğinizi ne kadar süre yalnız anne sütüyle beslemeyi düşünüyorsunuz?
.....ay
22. Bebeğinizin doğum ağırlığı kaçtır?.....g
22. Bebeğinizin şu anki ağırlığı kaçtır?.....g
23. Bebeğinizin boy uzunluğu kaçtır?cm
24. Bebeğiniz kaç aylık?.....ay
25. Gebe kalmadan önceki vücut ağırlığınız kaçtı?.....kg
26. Gebelik boyunca ne kadar ağırlık artışı oldu?.....kg

Ek- 4.(devam) Anket Formu

27. Daha önce düşük veya ölü doğum yaptınız mı?

Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı:

Boy uzunluğu:

Bel çevresi:

Kalça Çevresi:

Bel/Kalça Oranı

Vücut yağ yüzdesi:

Vücut su yüzdesi:

Abdominal yağlanma kat sayısı:

Yağ dışı kitle:

Kemik ağırlığı:

Bazal metabolizma hızı:

Ek-5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Artık pek o kadar değil
- 2. Artık kesinlikle o kadar değil
- 3. Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Her zamankinden biraz daha az
- 2. Her zamankinden kesinlikle daha az
- 3. Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Çok sık değil
- 0. Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- 0. Hayır, hiçbir zaman
- 1. Çok seyrek
- 2. Evet, bazen
- 3. Evet, çoğu zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- 3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- 2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- 1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- 0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Çok seyrek
- 0. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- 3. Evet, oldukça sık
- 2. Bazen
- 1. Hemen hemen hiç
- 0. Asla

Toplam Puan:

Ek-6. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1.Hiç emin değilim 2-Çok emin değilim 3-Bazen eminim 4-Eminim 5-Çok eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

Ek 7. Emzirme Tanılama Aracı LATCH

Puan	0	1	2
Kriterler			
L MEMEYİ KAVRAMA	Çok uykulu ve isteksiz Memeyi tutamıyor.	Memeyi tekrar tekrar tutmayı deniyor Meme başını ağzında tutuyor. Emme için uyarı istiyor.	Dudakları açık dil aşağıda düzenli bir şekilde emiyor
A BEBEĞİN YUTKUNMA SESİNİN DUYULMASI	Yok	Uyarı ile birkaç yutkunma sesi duyuluyor.	Yutma sırasında sürekli, güçlü aspirasyonlar görülür. Kendiliğinden belli aralıklarla yutkunma sesi duyuluyor
T MEME BAŞININ TİPİ (emzirmeden sonra)	İçe dönük	Düz	Dışa dönük
C ANNENİN MEME /MEME BAŞI İLE İLGİLİ RAHATSIZLIĞI	Tıkanma çatlama, kanama, kabarcık ve morluk	Doluluk Kırmızılaşma, küçük kabarcıklar ve morluk Hafif-orta derecede rahatsızlık	Yumuşak Hassaslık yok
H BEBEĞİ EMME POZİSYONUNA YERLEŞTİRME	Tam yardım gerekiyor(anne bebeğini hemşirenin tam yardımı ile tutabiliyor)	Az yardım gerekiyor. (yastık vb.) Hemşire başlangıçta anneye yardım ediyor ve daha sonra anne kendisi tutabiliyor.	Yardımsız tutabiliyor. Anne bebeği memeye Yerleştirebiliyor/tutuyor.

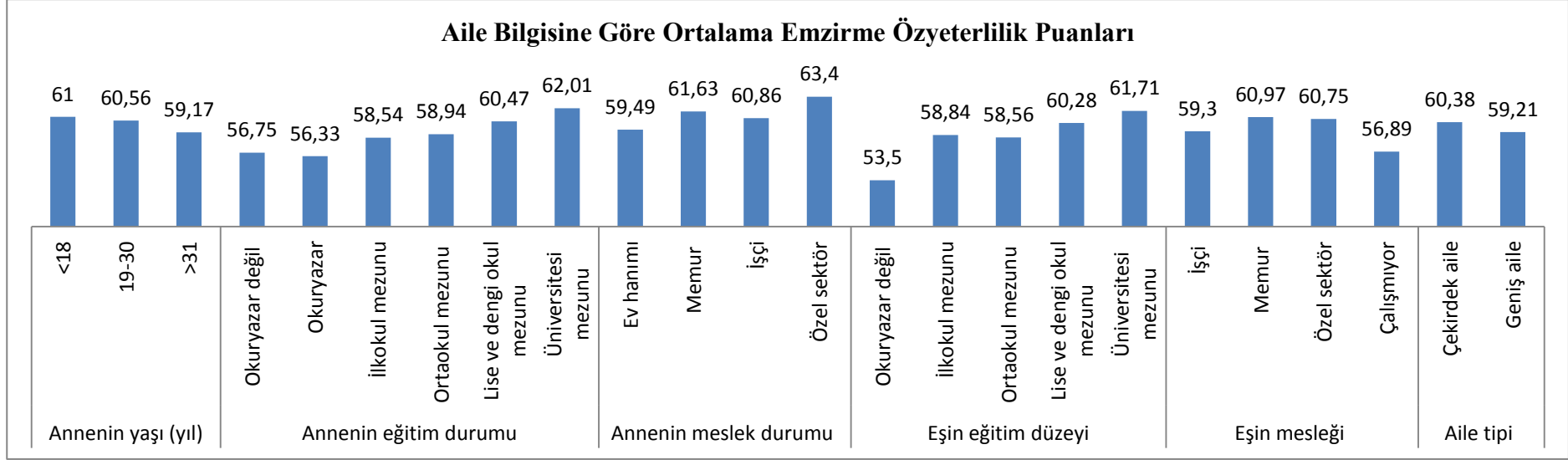
Ek-8. Beslenme Bilgi Soruları

İFADELER	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
1. Doğumdan sonra bebeğe ilk olarak şekerli su verilmelidir.			
2. Tek başına anne sütü ilk 6 ay yeterlidir.			
3. Çay ve bisküvi çocuk için yararlıdır.			
4. Su ve nişasta ile pişirilen muhallebi çocuk için faydalıdır.			
5. Bir yaşına kadar çocuğa tuz verilmesinin bir sakıncası yoktur.			
6. Hangi ayda başlanırsa başlansın inek sütü çocuğa sulandırılmadan verilmelidir.			
7. İshalli çocuk emzirilmemelidir.			
8. İshalli çocuğa su verilmemelidir.			
9. Ağız sütü çocuk için çok faydalıdır.			
10. Çocuğa yumurta katı pişirilerek verilmelidir.			
11. Yemeğin suyu yemeğin kendisinden daha besleyicidir.			
12. Kurubaklagil yemekleri 2 aylık çocuğa verilebilir.			
13. Sulandırılmış süte yağ ve şeker ilave edilmelidir.			
14. Yeni doğan bebek her ağladığında emzirilmelidir.			
15. 0-1 yaş arası çocuklar için bal pekmezden daha besleyicidir.			
16. Anne sütünün yeterli olması için tatlı yiyecekler tüketilmelidir.			
17. Bebeğin ilk emzirmesine doğumdan sonra ilk yarım saat içinde başlanır.			
18. Anne sütü hazır mamalardan daha yararlıdır.			
19. Emziren bir anne günde ortalama en az 10 bardak su içmelidir.			
20. Buzdolabından çıkarılan anne sütü ocakta ılıtıldıktan sonra bebeğe verilmelidir.			
21. Şişman çocuk sağlıklı çocuktur.			
22. Anne sütü alan çocuğa su verilmemelidir.			
23. Anne sütü bebek için en ideal besindir			
24. Anne sütü ile beslenen bebekler hazır mama ile beslenen bebeklerden daha şişman olurlar			

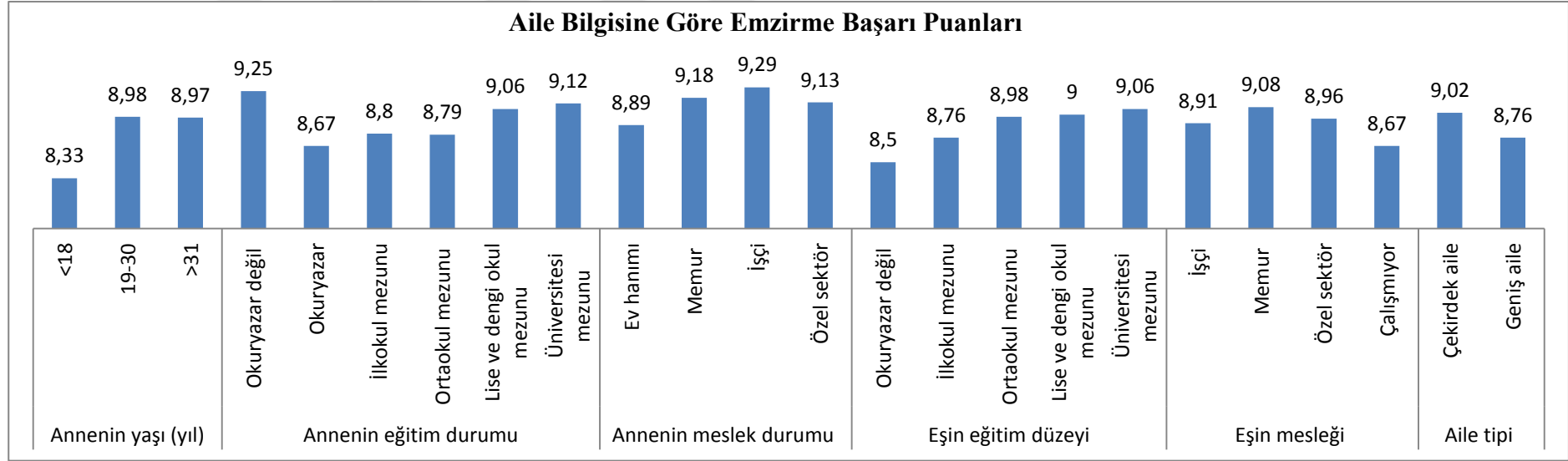
Ek- 9. Besin Tüketim Kayıt Formu

ÖĞÜNLER	TÜKETİLEN BESİN	MİKTAR (ÖLÇÜ/GRAM)	İÇİNDEKİLER
KAHVALTI			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

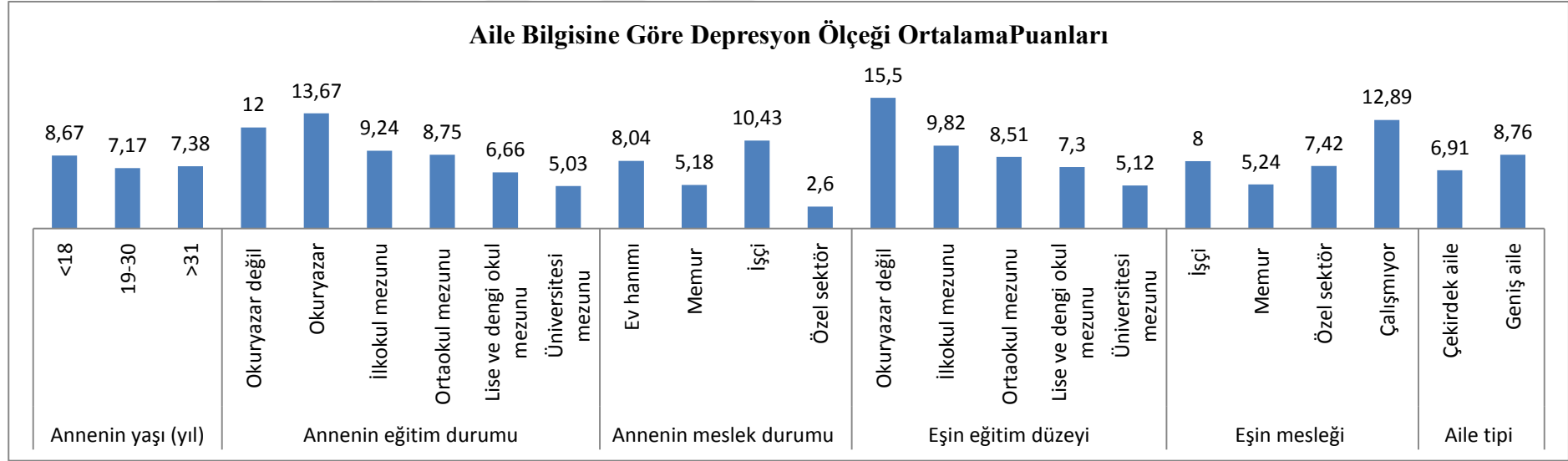
Ek- 10. Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ Puanları



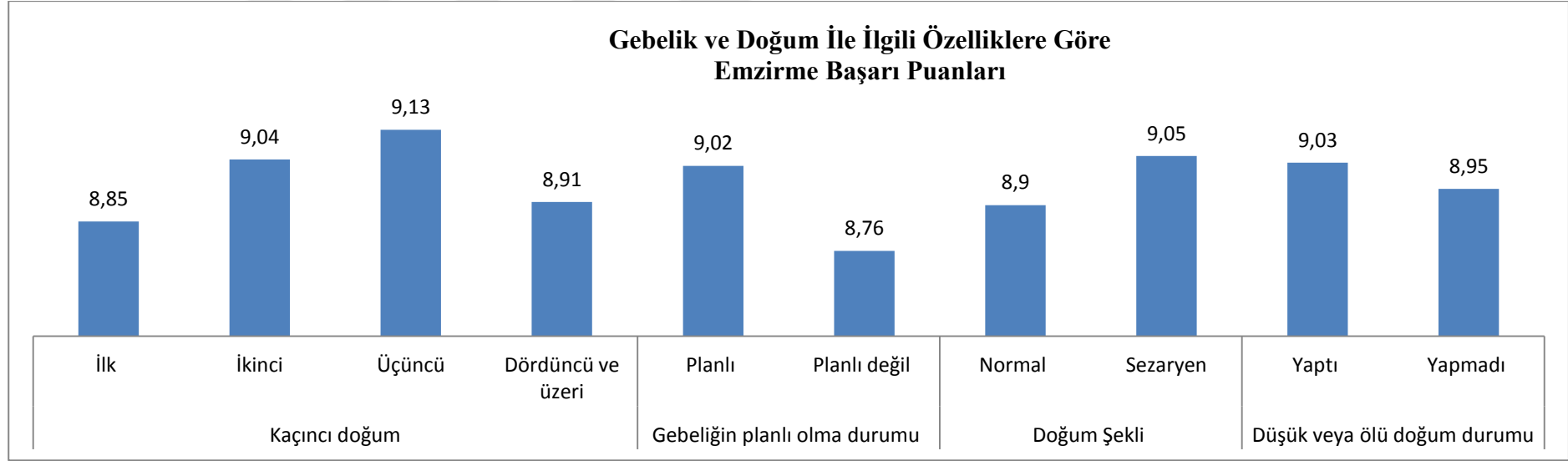
Ek- 10. (devam) Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ Puanları



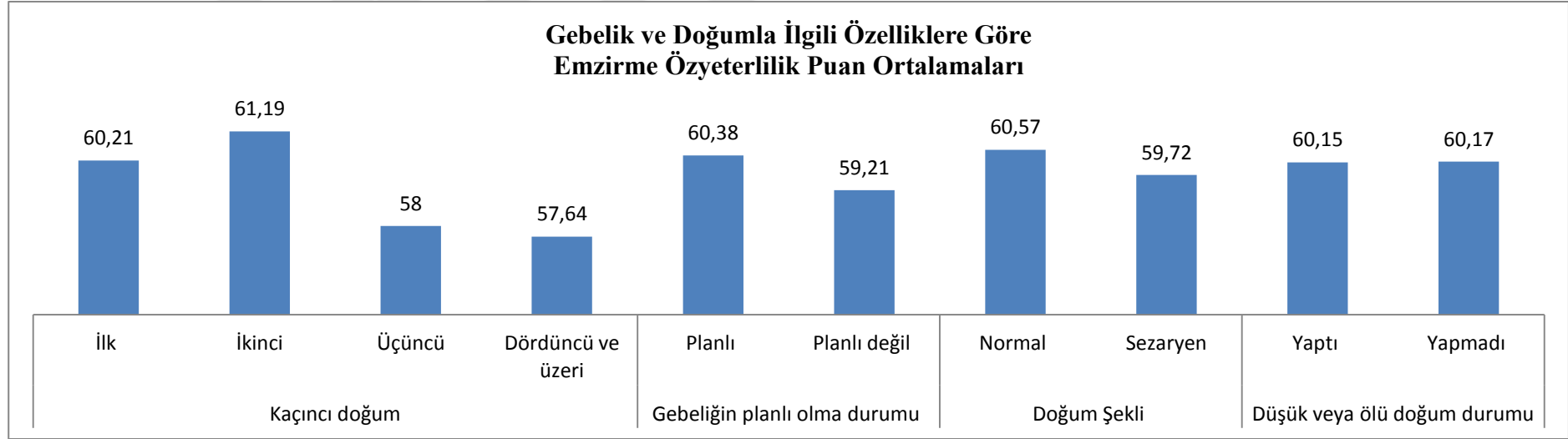
Ek- 10. (devam) Annelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ Puanları



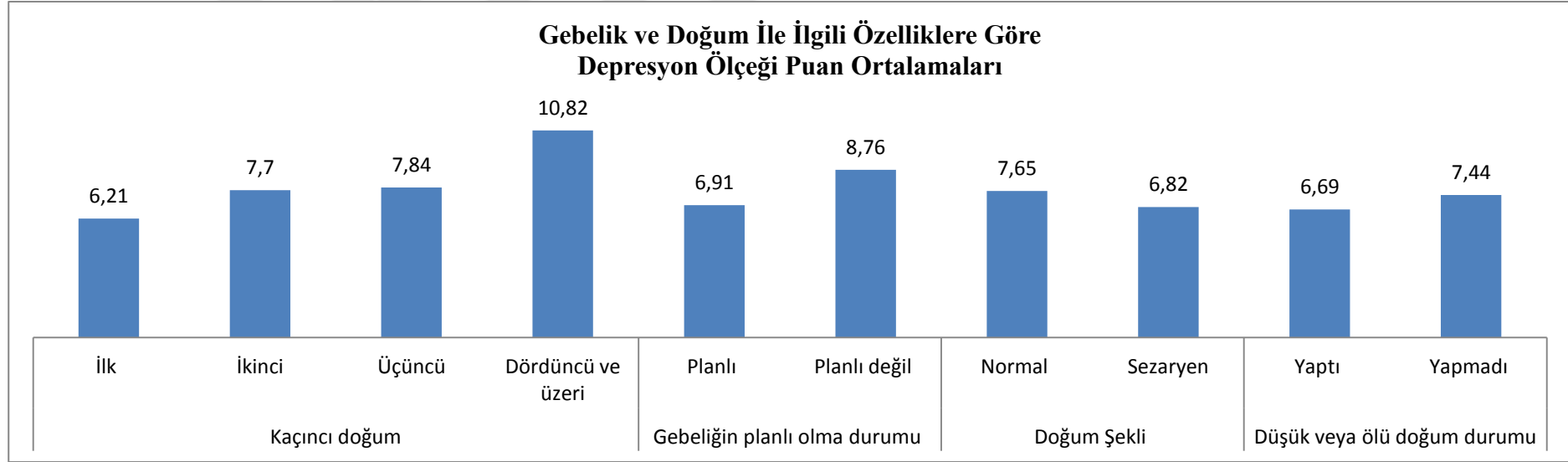
Ek-11. Annelerin Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ puanları



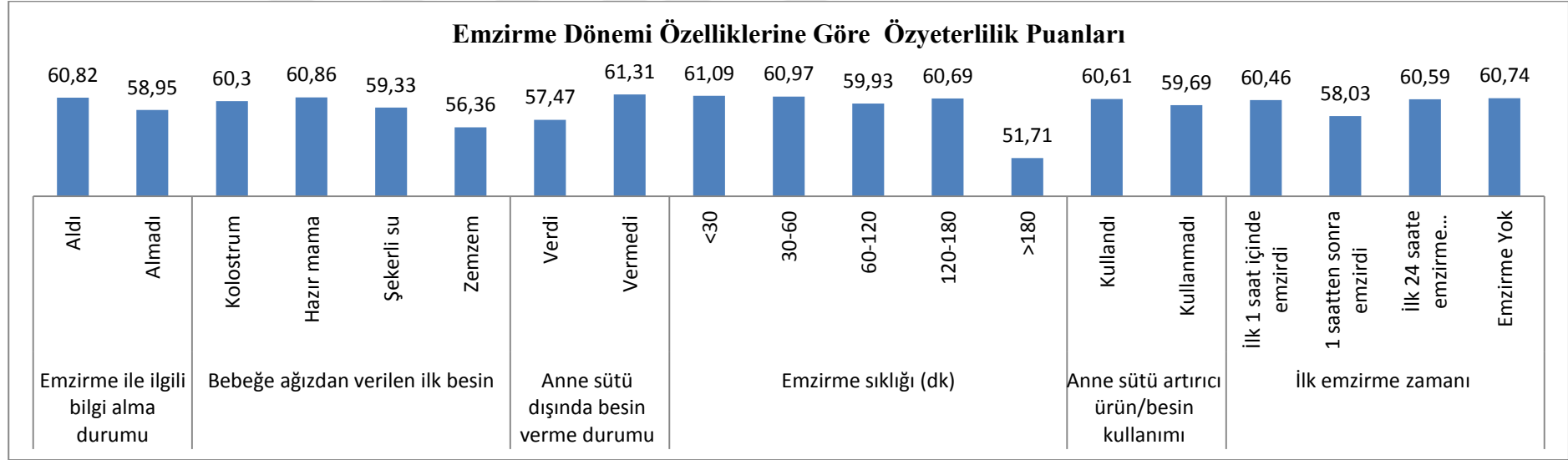
Ek-11. (devam) Annelerin Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ puanları



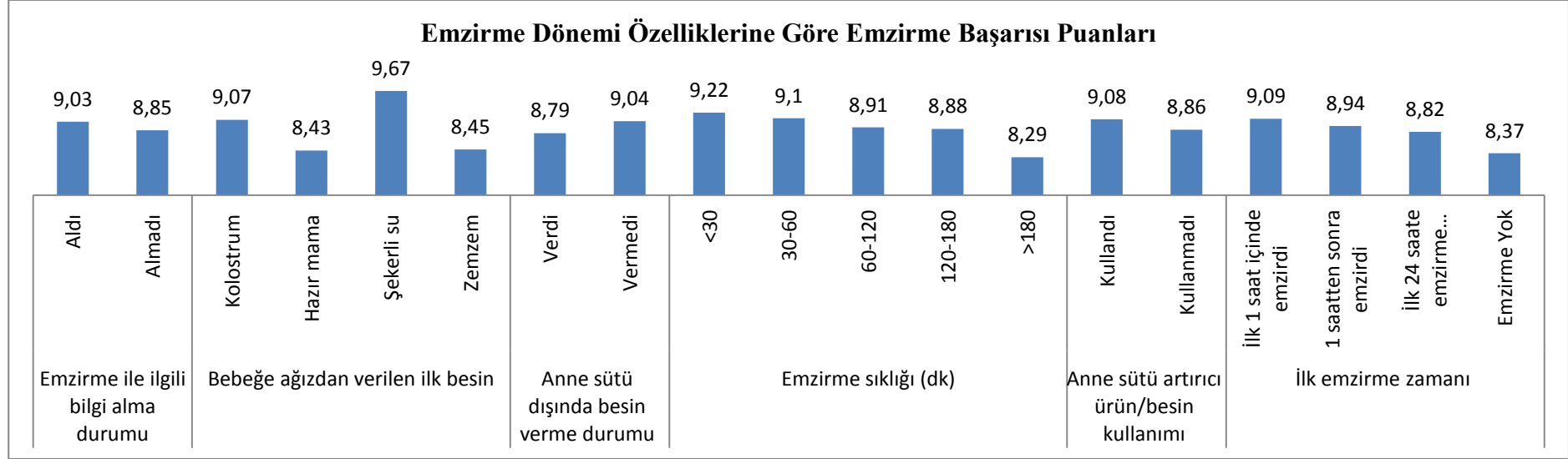
Ek-11. (devam) Annelerin Gebelik Dönemi ve Doğuma Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ puanları



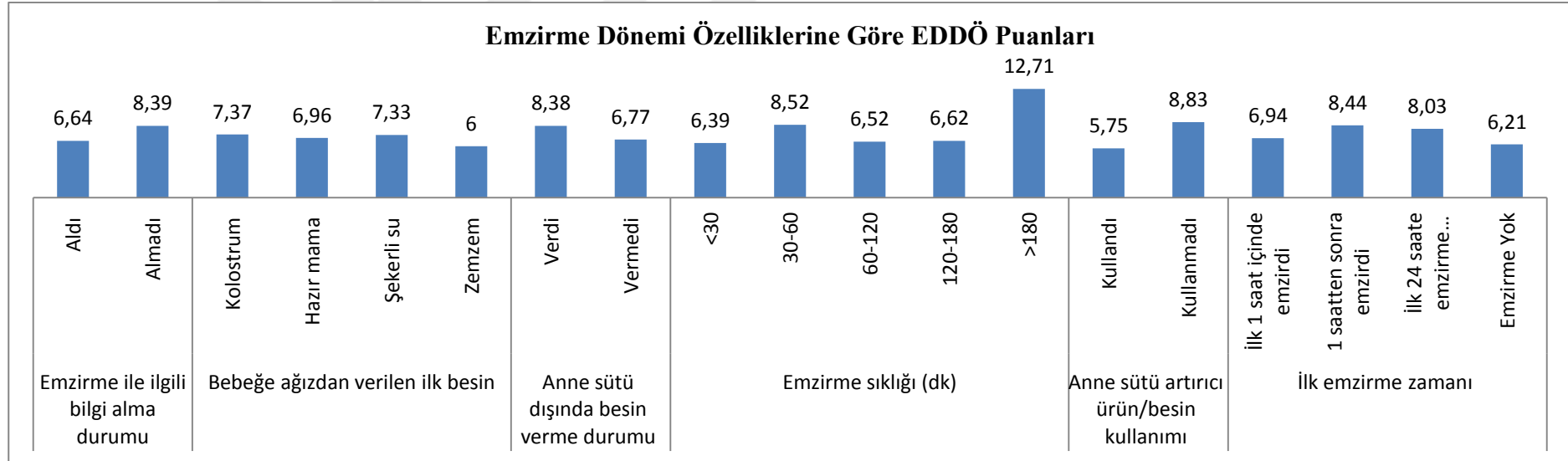
Ek-12. Annelerin Emzirme Dönemine Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSDÖ puanları



Ek-12. (devam) Annelerin Emzirme Dönemine Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDSÖ puanları



Ek-12. (devam) Annelerin Emzirme Dönemine Ait Özelliklerine Göre Emzirme Başarısı, Emzirme Öz Yeterliliği ve EDDÖ puanları



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : BÖLÜKBAŞI, Hatice
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 22.12.1987 /Kayseri
Medeni hali : Evli
Telefon : 0506 7379108
e-mail : hatice_urf@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/Beslenme ve Diyetetik	Devam ediyor
Lisans	Erciyes Üniversitesi/ Beslenme ve Diyetetik	2011
Lise	Sema Yazar Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2011	Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	Diyetisyen
2013	Egirdir Kemik Eklem Hastalıkları Hastanesi	Diyetisyen
2014	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Bildiriler

- Ongan D, Topuzoğlu M, Akbıyık H, Zünbülcan D, Işgın K, Küçükkatırcı S, Urfalı H, Mehmed H. (2012). *Bir spor merkezine kayıtlı olan kadınların bazı metabolik sendrom risk faktörleri açısından değerlendirilmesi*. VIII. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Poster Bildiri: 016, sayfa: 313-314, 4-8 Nisan, Antalya.
- Bölükbaşı H, Şanlıer N, Postpartum 0-6 Aylık Dönemde Annelerin Emzirme Başarısı - Öz Yeterliliği ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, I.Uluslararası Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitimi Kongresi, sözel bildiri: 144, sayfa: 373-374, 14-15 Nisan, Kocaeli, 2016.

3. Bölükbaşı, H., Sözlü, S., Onur, H.N., Kabakuş, M, Ergüç, M. ve Şanlıer, N. (2015). *Okul öncesi çocuklarında beslenme eğitiminin önemi pilot çalışma*, 1. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, poster bildiri, 14-16 Nisan, İstanbul.
4. Bölükbaşı, H, Şanlıer, N. (2016). *Probiyotikler ve glikoz metabolizmasına etkisi*, 3. Bağırsak Mikrobiyotası ve Probiyotikler Kongresi, poster bildiri, PP-9, 11-12 Mart, Ankara.
5. Bölükbaşı, H, Şanlıer, N, Arslan, S. (2016). *Does breastfeeding reduce the risk of childhood obesity?*, EOS 2016 European Obesity Summit, PO1.144, 1-4 June, Sweden.
6. Bölükbaşı, H, Şanlıer, N, Arslan, S, (2016). *How the level of selfsufficiency breastfeeding affects the success breastfeeding?* EOS 2016 European Obesity Summit, PO1.193, 1-4 June, Sweden.

Makaleler

1. Şanlıer, N., Bölükbaşı, H. (2015). Kadının aile beslenmesi ve sağlığındaki rolü. *Türkiye Klinikleri Beslenme ve diyetetik Özel sayısı* 1(1),85-90.
2. Bölükbaşı, H. (2015) Yara iyileşmesinde beslenmenin önemi, *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, (21), 47-49.
3. Şanlıer, N., Bölükbaşı, H (2016) *Krill yağı ve sağlıkla ilişkisi*, Sektör Eczası Buluşması -1, s:11-20
4. Bölükbaşı, H (2016), Sinbiyotiklere genel bakış, *e-Sağlık Beslenme ve Diyetetik Dergisi*, 2(5), 28.

Hobiler

Kitap okumak, müzik dinlemek



GAZİ GELECEKTİR..

